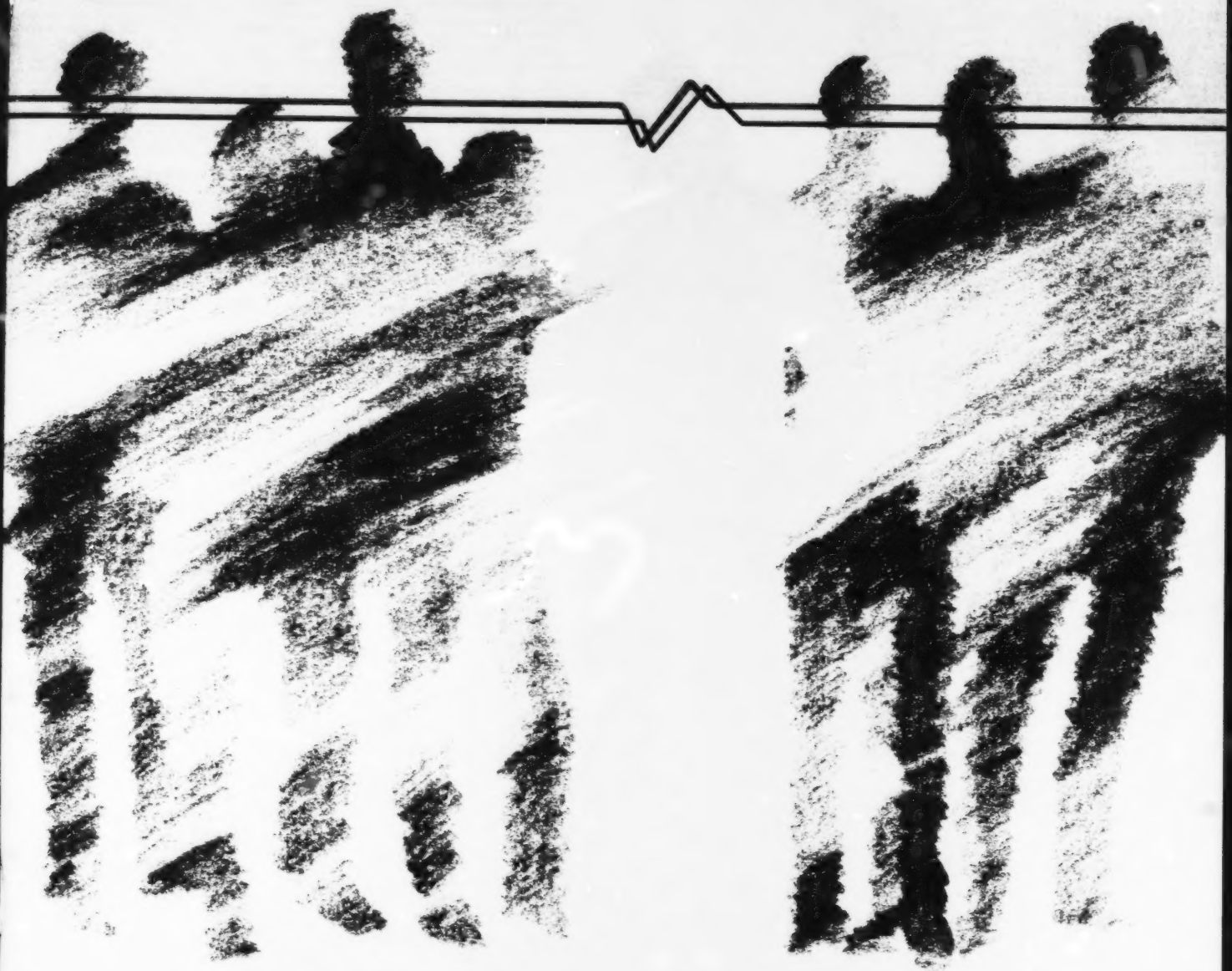
POUR MIEUX COMPRENDRE ET AIDER

le traumatisme crânio-cérébral



Québec

90-02513/

Table des matières

AVANT-PROPOS 3

COMMENT FONCTIONNE LE CERVEAU 5

Le cerveau et le comportement 6

Qu'est-ce qu'un traumatisme cranio-cérébral? 6

Définition 6

Principales caractéristiques 6

La commotion cérébrale 7

La contusion cérébrale 7

Les séquelles possibles d'un traumatisme cranio-cérébral 7

La dimension physique 8

La dimension cognitive 8

La dimension affective 9

La dimension familiale 9

La dimension sociale 10

Les dimensions scolaire et professionnelle 11

L'INTERVENTION AUPRÈS DES PERSONNES QUI ONT SUBI UN TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL 13

Le contenu du programme 14

Les intervenants qui traitent les personnes victimes d'un traumatisme cranio-cérébral 15

La médication 17

LA PARTICIPATION DE LA FAMILLE ET DE L'ENTOURAGE 19

Quelques connaissances de base 20

La récupération 20

Les circonstances de l'accident 21

La situation de la victime d'un traumatisme cranio-cérébral 21

Les proches et les membres de la famille 21

Quelques fausses croyances 22

Problèmes fréquents et suggestion de moyens d'action 22

Problèmes d'ordre général 22

Problèmes physiques 24

Problèmes cognitifs 24

Problèmes affectifs 26

LEXIQUE 28

TABLEAUX 30

CAHIER DE BORD 35

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
3è trimestre 1989
ISBN 2-550-19075-0

AVANT-PROPOS

Un dommage cranio-cérébral peut entraîner de nombreux bouleversements tant pour la personne qui le subit que pour sa famille ou son entourage. Or, peu de gens sont bien renseignés sur la nature et les effets de ce type de traumatisme.

Par la publication de cette brochure, le ministère de la Santé et des Services sociaux espère combler ce besoin d'informations et ainsi venir en aide aux personnes concernées. Toutefois, puisque chaque situation est différente et unique, les professionnels de la santé et des services sociaux pourront compléter les renseignements qu'on y retrouve.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux tient à remercier la Régie de l'assurance automobile du Québec, concepteur de la brochure, pour lui avoir permis d'en adapter le contenu à d'autres situations de traumatisme cranio-cérébral que celles découlant d'accidents de la route.

N.B.: Pour faciliter la lecture de ce document, les termes imprimés en gras sont définis dans le lexique que vous trouverez à la page 28.

Comment fonctionne le cerveau

Bien qu'il ne représente que deux pour cent du poids du corps humain, le cerveau est l'organe le plus complexe et le plus important chez l'être humain. Son fonctionnement est tout à fait particulier et difficile à comprendre, même pour des spécialistes.

Même si le cerveau semble relativement bien protégé, il est en réalité très vulnérable. C'est vraiment lorsqu'il est atteint ou lésé qu'on se rend compte du rôle primordial qu'il joue dans la vie d'un être humain.

Les quelques paragraphes qui suivent expliquent de façon générale le fonctionnement du cerveau et son rôle dans le comportement humain.

Le cerveau et le comportement

Le cerveau est responsable des réseaux de communication de l'organisme; il reçoit et transmet l'information. C'est lui aussi qui l'analyse et l'emmagasine. Dans les échanges de l'organisme avec le milieu, le cerveau rend également l'être humain capable d'adaptation, c'est-à-dire qu'il permet, même dans le feu de l'action, de modifier ses comportements en tenant compte de messages internes ou de stimulations extérieures. C'est donc grâce au cerveau que nous pouvons agir comme nous le faisons. C'est lui qui est à l'origine de toutes nos actions. Il veille jour et nuit et sans lui, même notre coeur ne pourrait fonctionner normalement. Advenant des dommages au cerveau, plusieurs de nos fonctions peuvent être perturbées.

Le tableau 1 (p. 30) nous montre les deux **hémisphères cérébraux**, le gauche et le droit. Ces hémisphères semblent symétriques et on pourrait s'attendre à ce que chacun ait des fonctions équivalentes. C'est en partie vrai pour les fonctions simples, mais pour les fonctions les plus complexes, chacun des hémisphères possède un rôle qui lui est propre.

Chez la plupart des personnes, l'hémisphère gauche est dit «dominant». C'est lui qui a pour rôle de régulariser les activités touchant le langage parlé et écrit, la lecture et l'idéation en général comme l'abstraction, le raisonnement, le jugement, etc. Ce sont les **fonctions de type verbal**. C'est également l'hémisphère gauche qui dirige les fonctions motrices et sensorielles de la partie droite du corps (voir tableau 2, p. 31).

L'hémisphère droit, de son côté, prend en charge les **fonctions non verbales**, c'est-à-dire qui sont de nature **visuo-spatiale** comme le traitement et l'emmagasinage des informations visuelles et tactiles et tout ce qui touche la reconnaissance des formes et l'orientation dans l'espace. Par exemple, pour reproduire une forme géométrique comme celle de la Croix-Rouge, c'est surtout l'hémisphère droit qui est mis à contribution.

Les deux hémisphères cérébraux sont reliés par une sorte de pont appelé **corps calleux**. C'est en grande partie grâce à lui que les deux hémisphères peuvent communiquer entre eux et travailler en harmonie et en complémentarité, lorsque des fonctions complexes nécessitent une utilisation plus globale du cerveau (voir tableau 3, p. 32).

La localisation précise de certaines fonctions à l'intérieur du cerveau permet de comprendre que les effets ou séquelles chez les **victimes** pourront varier selon l'endroit du cerveau qui aura été endommagé au moment de l'accident (voir tableau 4, p. 33). Les choses se passent un peu comme si le cerveau était une carte géographique où chacun des pays jouerait un rôle particulier dans le comportement humain.

Par exemple, il est connu qu'une atteinte à la partie antérieure du cerveau (lobes frontaux) peut entraîner une diminution de la spontanéité, de l'initiative ou une sorte d'apathie qui explique que plusieurs personnes ayant vécu un traumatisme cranio-cérébral ont de la difficulté à passer à l'action pour réaliser leurs objectifs. On pourrait penser à tort que ces personnes sont devenues «paresseuses».

Une lésion de cette nature peut également provoquer des comportements «rigides» et de la **persévération**. Elle peut aussi expliquer des changements au niveau de la personnalité. L'individu devient, à divers degrés, incapable de s'autocritiquer et d'adopter des comportements sociaux jugés acceptables. Pour lui, ce qu'il fait semble adéquat. Il ne s'inquiète pas de ce qui lui arrive, alors que les gens de son entourage peuvent être désarmés par ses actions. C'est comme si cette personne ayant un dommage cérébral frontal était la dernière intéressée à ce qui se produit chez elle.

Cet exemple a servi à illustrer un certain nombre de troubles comportementaux découlant d'une atteinte à une seule des régions du cerveau, c'est-à-dire la partie frontale. Il est alors facile de comprendre qu'à la suite d'un accident qui a infligé des blessures à plusieurs endroits du cerveau, la situation soit encore plus complexe et qu'il en résulte des changements touchant plusieurs aspects du fonctionnement humain.

Qu'est-ce qu'un traumatisme cranio-cérébral?

Actuellement, quand il est question d'un choc à la tête suffisamment important pour endommager non seulement la boîte crânienne mais également le cerveau, on utilise l'appellation traumatisme cranio-cérébral.

Définition

On nomme habituellement traumatisme cranio-cérébral toute atteinte cérébrale ou ***tronculaire*** *(atteinte du cerveau ou de sa base) caractérisée par une destruction ou une dysfonction (fonctionnement inadéquat) du tissu cérébral provoquée par le contact brusque (****accélération****,* ***décélération*** *ou* ***rotation****) entre le tissu cérébral et la boîte crânienne. Un traumatisme cranio-cérébral peut aussi être causé par un objet pénétrant.*

C'est donc dire que pour qu'il y ait traumatisme cranio-cérébral, il faut que les cellules cérébrales ou **neurones** et leurs prolongements aient été endommagés. Ce sont ces lésions au cerveau qui vont causer les conséquences que nous allons énumérer plus loin. Pour préciser la définition du traumatisme cranio-cérébral et la rendre plus explicite, il faut mentionner certaines de ses caractéristiques essentielles.

Principales caractéristiques

Le traumatisme cranio-cérébral s'accompagne ***habituellement*** *d'une histoire documentée d'un coup direct ou indirect à la tête.*

En effet, pour qu'il y ait traumatisme cranio-cérébral, il faut que le cerveau ait été secoué ou frappé directement ou indirec-

tement, de façon à provoquer la destruction de cellules ou à entraîner une perturbation dans son fonctionnement normal. Évidemment, ce ne sont pas tous les coups à la tête qui provoquent ce genre de lésion.

*Le traumatisme cranio-cérébral provoque généralement un changement soudain de l'**état de conscience** dont la gravité et la durée sont variables.*

Comme nous allons le voir, le traumatisme cranio-cérébral s'accompagne souvent d'une perturbation de l'état de conscience qui peut aller d'une confusion minime à un **coma** profond dans les cas graves. Les contacts de l'individu avec son environnement peuvent être alors diminués et même parfois éliminés complètement. Ce changement d'état de conscience peut être de très courte durée ou se prolonger pendant des jours, des mois et même des années.

*Le traumatisme cranio-cérébral occasionne presque toujours une altération des fonctions cérébrales supérieures ou **cognitives**. Ce changement apparaît habituellement de façon brusque et sa durée peut être variable ou permanente.*

Le traumatisme cranio-cérébral peut occasionner des changements au niveau des fonctions mentales supérieures, comme l'intelligence, la mémoire, le jugement ou le raisonnement. Ces changements se manifestent habituellement immédiatement après le traumatisme. Ces séquelles peuvent être de courte durée dans les cas d'atteintes bénignes, mais peuvent se prolonger pendant plusieurs mois ou même des années dans les cas d'atteintes graves.

Le traumatisme cranio-cérébral s'accompagne habituellement de perturbations dans les comportements de la vie quotidienne sous tous ses aspects, c'est-à-dire sur le plan personnel, familial, social, scolaire et professionnel.

Un traumatisme cranio-cérébral peut provoquer également des perturbations sur le plan affectif entraînant des changements de comportement dans la vie de tous les jours. La personne atteinte peut devenir plus irritable, impatiente ou se contrôler difficilement et présenter des sautes d'humeur à propos de tout et de rien. Ces changements de comportement ou de personnalité peuvent se manifester au niveau de la vie de couple, de la vie familiale ou dans les activités de loisirs.

Ils peuvent nuire à la fréquentation scolaire ou encore rendre incertain ou problématique le retour au travail. Souvent, ce sont ces difficultés de comportement qui persistent le plus longtemps après l'accident, même après que les séquelles sur le plan physique se soient en grande partie résorbées.

*Le traumatisme cranio-cérébral peut donner lieu à des séquelles sur le plan **neuropsychologique** qui ne sont pas toujours en relation directe avec le degré d'atteinte constaté sur le plan physique ou neurologique.*

La plupart du temps, on peut vérifier qu'un traumatisme cranio-cérébral qui provoque des séquelles graves sur le plan physique entraîne également des séquelles importantes sur le plan des fonctions mentales supérieures et de la personnalité. Cependant, il est possible qu'un traumatisme ayant provoqué peu de déficiences sur le plan physique cause des changements significatifs au niveau des fonctions mentales supérieures ou de la personnalité.

Même s'il existe certains traits communs chez les personnes touchées par un traumatisme cranio-cérébral, chacune doit être considérée comme un cas unique, possédant des caractéristiques qui lui sont propres.

Parfois, au lieu de parler de traumatisme cranio-cérébral, on utilise les termes de commotion ou de contusion cérébrale.

La commotion cérébrale

On parle de commotion cérébrale lorsque le cerveau a été secoué durement à l'intérieur de la boîte crânienne. La commotion s'accompagne d'une perte de conscience. Habituellement, on ne trouve pas de signes dus à un dommage cérébral précis ou localisé. La commotion cérébrale peut provoquer des céphalées (maux de tête), des étourdissements, des difficultés de concentration et de mémoire, de l'irritabilité et des comportements dépressifs. La commotion cérébrale est suivie d'une phase de récupération qui, le plus souvent, ne laisse pas de séquelles permanentes.

La contusion cérébrale

On parle de contusion cérébrale lorsqu'on trouve des signes focaux, c'est-à-dire qu'on peut localiser un ou des endroits précis où le cerveau a été lésé. Les risques d'**épilepsie** sont habituellement plus élevés dans le cas d'une contusion cérébrale.

Les séquelles possibles d'un traumatisme cranio-cérébral

À la suite d'un traumatisme cranio-cérébral, la victime peut être atteinte de séquelles plus ou moins nombreuses, légères ou graves, pouvant se manifester sous une ou plusieurs des dimensions suivantes:

- la dimension physique;
- la dimension cognitive;
- la dimension affective;
- la dimension familiale:
- la dimension sociale;
- les dimensions scolaire et professionnelle.

Encore une fois, la complexité des problèmes vécus par les personnes victimes d'un traumatisme cranio-cérébral provient du fait que, le cerveau étant touché, toutes les dimensions du comportement humain peuvent être altérées ou atteintes.

Contrairement à ce qui se produit dans le cas de plusieurs autres types de blessés (ex.: une personne ayant subi des fractures aux jambes), ce n'est pas seulement l'aspect physique qui peut être en cause, mais aussi les dimensions intellectuelle et comportementale.

Il ne faut pas oublier non plus que toutes les dimensions ou facettes du comportement humain s'influencent l'une l'autre. Par exemple, une perte de mémoire peut conduire à des comportements d'impatience; des déficiences physiques ou intellectuelles peuvent provoquer une dévalorisation de soi

et une baisse de la motivation, etc. Cela explique en partie pourquoi l'intégration familiale, sociale, scolaire ou professionnelle peut s'avérer difficile chez plusieurs personnes qui ont subi un traumatisme cranio-cérébral et dont le cas présente une certaine gravité.

Quand on veut parler des suites ou des conséquences habituellement négatives d'un traumatisme ou d'une maladie, on utilise le mot **séquelles**. Les séquelles peuvent prendre la forme de **déficiences** (diagnostics médicaux, neurologiques ou autres) ou d'**incapacités** (difficultés dans la vie quotidienne résultant des déficiences).

Les pages qui suivent reprennent chacune des dimensions qui peuvent être atteintes à la suite d'un traumatisme cranio-cérébral et décrivent ce qui en résulte dans le comportement ou la vie de tous les jours de la victime.

La dimension physique

À la suite d'un traumatisme cranio-cérébral, ce sont surtout les **déficiences** et les **incapacités** sur le plan physique qui sont les plus apparentes. Elles se manifestent surtout par des atteintes motrices, des pertes sensorielles ou d'autres problèmes connexes.

Atteintes motrices

Les atteintes motrices sont surtout évidentes dans les moments qui suivent l'accident. Par la suite, la récupération est souvent satisfaisante et les difficultés motrices se résorbent petit à petit. Il est possible cependant, dans les cas les plus graves, que certaines séquelles soient permanentes. La victime doit donc s'adapter et, au besoin, utiliser des aides techniques (orthèse, marchette, fauteuil roulant, etc.) pour compenser la fonction atteinte ou perdue.

Lorsque la partie du cerveau qui commande le mouvement est lésée, on pourra observer une paralysie plus ou moins marquée des membres. Si c'est le côté gauche du cerveau qui a été lésé, ce seront les membres du côté droit qui seront paralysés. Ce sera le contraire si le cerveau est blessé du côté droit (voir tableau 2). Quand ce genre de paralysie unilatérale est complète, on parle alors d'une **hémiplégie**. Quand le degré de paralysie est moins sévère, il sera plutôt question d'une paralysie partielle ou d'une **hémiparésie**.

Évidemment, ce type de paralysie peut causer des difficultés dans les déplacements, entraîner une certaine forme de boiterie ou des problèmes à gravir les escaliers ou encore, compliquer l'utilisation des membres supérieurs pour les activités quotidiennes, que ce soit à la maison ou au travail. On peut facilement s'imaginer les problèmes d'une personne droitière qui, à la suite d'un accident, se trouve dans l'impossibilité d'utiliser normalement sa main dominante.

Les atteintes motrices peuvent également entraîner une perte de l'équilibre, rendant la marche difficile et les sorties à l'extérieur risquées.

D'autres problèmes moteurs peuvent provoquer de la **spasticité**, des mouvements involontaires, de l'incoordination ou une lenteur dans les gestes. La personne atteinte, manquera alors de précision et accomplira avec lenteur et difficulté des gestes qui lui étaient faciles antérieurement (ex.: préparer un repas, se laver, s'habiller, faire l'entretien ménager ou s'adonner à des travaux de bricolage).

Les atteintes motrices peuvent aussi se situer au niveau du langage. Ainsi, quelque temps après leur accident, certaines personnes victimes d'un traumatisme cranio-cérébral éprouvent des difficultés à s'exprimer verbalement. Elles cherchent parfois leurs mots et elles ont une voix que l'entourage trouve différente. Dans les cas les plus graves, la personne peut être difficile à comprendre, ce qui augmente sa frustration et embarrasse les membres de son entourage.

Pertes sensorielles

Un traumatisme cranio-cérébral peut entraîner une diminution du fonctionnement des sens comme la vision, l'audition, l'odorat et le goût. La victime peut souffrir de troubles visuels, d'une baisse de l'audition ou de bourdonnement dans les oreilles, ou encore d'une diminution ou même de la perte de l'odorat. Certaines personnes sont parfois embarrassées par des **hallucinations sensorielles**. Elles ont l'impression de percevoir des odeurs ou des sons qui sont en fait inexistants.

On peut par ailleurs observer une diminution de la sensibilité, le plus souvent du même côté qu'une paralysie. Une perte de sensibilité au toucher, au chaud, au froid ou à la douleur occasionne un risque de brûlure ou de blessure lorsque la personne n'est pas pleinement consciente de cette perte de sensibilité.

Autres problèmes connexes

Très souvent, les personnes qui ont subi un traumatisme cranio-cérébral se plaignent de céphalées (maux de tête) et d'étourdissements qui accentuent la fatigabilité et la frustration. Malheureusement, il est parfois difficile de contrôler ces problèmes, même avec une médication appropriée.

D'autres blessures ou facteurs n'ayant pas de lien direct avec le dommage au cerveau peuvent compliquer la situation de la victime, comme c'est le cas des fractures multiples, des déformations physiques ou des cicatrices apparentes.

La dimension cognitive

Ce qui différencie surtout un traumatisme cranio-cérébral des autres types de blessures, c'est le fait qu'en plus de la dimension physique, la dimension cognitive ou intellectuelle est aussi atteinte. En effet, les personnes qui ont subi un traumatisme cranio-cérébral ont très souvent des problèmes d'attention, de concentration, ou encore des problèmes de mémoire et des difficultés à résoudre les problèmes de la vie courante.

Les problèmes d'attention et de concentration empêchent souvent la personne de consacrer ses efforts à une tâche bien définie. Elle passe d'une chose à une autre, sans pouvoir éliminer les distractions ou les stimuli non reliés à son travail. Un manque d'attention sélective ou l'incapacité de se concentrer suffisamment longtemps sur une tâche peuvent nuire aux études ou au retour au travail. Dans ces conditions, il est malaisé d'assimiler de nouvelles connaissances.

En plus des troubles d'attention et de concentration, les personnes qui ont subi un traumatisme cranio-cérébral présentent souvent des troubles de mémoire et des difficultés d'apprentissage. Elles ont de la difficulté à fixer l'information, à la traiter et à la réutiliser. La mémoire à court ou à long terme fait souvent défaut. Ces troubles de mémoire et d'apprentissage peuvent présenter des degrés de gravité divers et s'échelonner sur une période de temps relativement longue.

Quand la dimension cognitive est atteinte chez une victime de traumatisme cranio-cérébral, on constate très fréquemment chez elle des troubles de la pensée ou des **difficultés d'abstraction**, qui peuvent entraîner des lacunes sur le plan de l'organisation de l'information. Il lui devient alors difficile d'effectuer toute opération mentale qui consiste à combiner deux ou plusieurs informations, comme l'exigent le jugement, la pensée mathématique, la planification d'activité, l'initiative ou la créativité. Ces troubles de la pensée rendent très souvent le retour à l'école ou au travail très pénible.

Parfois, malgré la préservation des fonctions motrices, la personne est incapable d'exécuter certaines tâches: on parle alors d'**apraxie**. Dans ce cas, il lui devient impossible de s'habiller, de préparer un repas, etc.

En plus des troubles de motricité de la parole, on peut observer, chez les victimes de traumatisme cranio-cérébral, des troubles des **fonctions expressives** ou des difficultés à communiquer l'information reçue et traitée. Ces difficultés des fonctions expressives se manifestent au moment de parler (**aphasie**), de lire, d'écrire, de compter, de dessiner ou de faire des gestes ou des mimiques. C'est un peu comme si le sens des mots et des symboles était altéré ou perdu et que la personne avait de la difficulté à les utiliser adéquatement.

De plus en plus, on se rend compte que plusieurs victimes de traumatisme cranio-cérébral ont des difficultés à savoir comment s'y prendre pour réaliser certaines tâches. Ce phénomène survient principalement lorsqu'il y a eu atteinte à la partie frontale du cerveau. On remarque alors une passivité, une lenteur dans le rendement, de la rigidité ou de la **persévération** dans l'action. L'individu a de la difficulté à entreprendre une action donnée et, une fois qu'il a commencé, on dirait qu'il ne peut plus s'arrêter seul.

On note également, dans ces cas, une capacité d'initiative diminuée et des agissements par essais et erreurs. L'action cesse d'être planifiée et organisée adéquatement. Ces personnes présentent ce qu'on appelle une «attitude concrète», c'est-à-dire qu'elles ne donnent de l'importance qu'à la situation présente où elles se trouvent. N'a d'intérêt pour elles que ce qu'elles sont en train de faire ou le besoin qu'elles ressentent sur-le-champ.

Il devient très difficile de les faire «décrocher» de la situation concrète ou des besoins ressentis à un moment donné. Il leur faut tout de suite obtenir ce qu'elles veulent sans tenir compte de la situation globale dans laquelle elles se trouvent.

Voilà autant de raisons qui font que dans la vie de tous les jours, on peut trouver que les personnes atteintes d'un traumatisme cranio-cérébral ont de la difficulté à s'adapter à des situations nouvelles, ont une faible capacité de jugement et se comportent de façon infantile ou inadaptée.

La dimension affective

Le cerveau ne fait pas que contrôler les activités motrices ou intellectuelles. C'est aussi lui qui nous permet de ressentir des émotions et de les maîtriser en tenant compte du contexte dans lequel nous nous trouvons. Une blessure au cerveau, comme celle que peut provoquer un traumatisme cranio-cérébral, peut entraîner des changements sur le plan affectif. Très souvent, après un traumatisme cranio-cérébral, la personne atteinte peut présenter une variation de l'humeur ou une **labilité** des émotions. Elle aura tendance à pleurer ou à rire sans raison ou de façon indue. Elle paraîtra hypersensible, passant rapidement d'un état émotif à un autre (tristesse ou euphorie) sans motif apparent.

En plus des variations rapides de l'humeur chez plusieurs personnes qui ont subi un traumatisme cranio-cérébral, on remarque une diminution des contrôles sur le plan émotif. Ces personnes réagissent souvent à ce qui se passe dans leur milieu par des comportements agressifs ou colériques. Elles le font spontanément, sans nécessairement prendre le temps de réfléchir aux conséquences de leurs gestes, qui se traduisent généralement par une violence verbale ou physique. On peut observer aussi, chez ces personnes, une baisse de leur capacité d'autocritique, l'imprévisibilité dans l'action, des comportements impulsifs et parfois même un manque de contrôle sur le plan sexuel (**désinhibition sexuelle**).

L'atteinte de la dimension affective peut, par ailleurs, se caractériser par des comportements d'allure infantile. La victime peut sembler égocentrique et parfois même asociale. Elle présente peu d'**empathie** et devient intolérante à la moindre chose ou frustrée face à tout délai dans la satisfaction de ses besoins.

Il ne faut pas oublier qu'un traumatisme cranio-cérébral entraîne une perception différente de soi-même. La victime pourra se sentir dévalorisée et incapable de remplir ses rôles antérieurs, qu'ils soient familiaux ou autres.

Certains professionnels de la réadaptation ou membres de la famille se plaignent que la personne qui a subi un traumatisme cranio-cérébral a des attitudes caractérisées par la dépression ou l'**apathie**. On note une perte du goût d'agir, une sorte de passivité, une absence de motivation ou d'intérêt à entreprendre des projets nouveaux. Dans les cas graves, cette dépendance ou cette dépression peut s'accompagner de comportements d'automutilation ou d'idées suicidaires.

Dans certains cas, les victimes de traumatisme cranio-cérébral pouvaient présenter des difficultés ou des troubles de personnalité avant leur accident. Il est reconnu que le traumatisme cranio-cérébral vient exacerber ou accentuer les traits de personnalité ou les problèmes qui existaient avant l'accident.

La dimension familiale

Le fait qu'une personne ait subi un traumatisme cranio-cérébral peut avoir un impact important sur les membres de l'entourage de la victime, notamment sur le fonctionnement du couple ou de la famille. Déjà, quand la personne atteinte est hospitalisée, la vie familiale n'est plus la même. On s'inquiète de la survie de la victime, il faut la visiter à l'hôpital et prévoir son retour à domicile. Le milieu de vie doit se réorganiser pour combler les besoins de la victime: surveillance, soins, aide et encadrement pour l'hygiène, les repas, les sorties, les déplacements, etc. Les membres de la famille doivent prévoir une participation au processus de réadaptation, par exemple en supervisant à domicile les exercices prescrits par les professionnels de l'équipe traitante.

Outre la diminution de l'autonomie physique de la personne qui a subi un traumatisme cranio-cérébral, la diminution de son autonomie intellectuelle et personnelle crée très souvent des difficultés à l'entourage. À cause de cette perte d'autonomie, les membres de l'entourage doivent prévoir une supervision adéquate, la personne atteinte étant elle-même incapable de

faire des choix judicieux dans plusieurs domaines qui la concernent. Cette période de perte d'autonomie varie selon la gravité de l'atteinte et, dans les cas les plus graves, peut être permanente.

Au sein de la famille, on doit redéfinir les rôles, partager différemment les tâches ou les responsabilités, voir à tout organiser pour pallier aussi les troubles de mémoire de la personne atteinte.

Comme nous l'avons vu, la personne qui a subi un traumatisme cranio-cérébral peut présenter un changement de personnalité et manifester des troubles de comportement. Les gens qui l'entourent ont parfois même de la difficulté à y reconnaître la même personne qu'avant l'accident. On ne sait plus trop «comment la prendre», comment la contrôler ou faire face à son agressivité. On ignore comment répondre à ses demandes répétées ou inappropriées, que ce soit pour la nourriture, la sexualité, l'argent, la conduite automobile, les cigarettes, etc. Ces changements de personnalité et ces troubles de comportement ne sont pas sans altérer non plus les relations interpersonnelles, par exemple entre les enfants et les parents, entre les conjoints, avec les frères, les soeurs ou même les amis. Parfois, les proches de la victime se retrouvent seuls et isolés de leur groupe d'amis. Dans d'autres cas, il peut y avoir aggravation de problèmes préexistants dans le couple ou la famille (ex.: séparation, divorce, éducation des enfants, budget).

Souvent, les membres de la famille et de l'entourage doivent consacrer beaucoup de temps et fournir beaucoup d'efforts pour soutenir la victime d'un traumatisme cranio-cérébral, sans nécessairement recevoir des remerciements ou des gratifications proportionnels à leurs actions ou à leur dévouement.

La personne qui a subi un traumatisme cranio-cérébral est parfois dans l'impossibilité temporaire ou permanente de reprendre ses activités scolaires ou professionnelles. Ainsi, lorsqu'un enfant victime d'un traumatisme cranio-cérébral cesse de fréquenter l'école, il faut quelqu'un pour en prendre soin à la maison. Il arrive qu'un des parents doive laisser son travail pour s'en occuper et devienne moins disponible pour les autres membres de la famille. La même chose peut se produire si la personne touchée est un des conjoints: l'autre doit, dans bien des cas, négliger son emploi et même le quitter pour prendre en charge les soins à domicile et les responsabilités du couple. Il peut en résulter une augmentation du degré de fatigue, de stress et d'insécurité, de même qu'une détérioration du climat de vie.

La dimension sociale

Une fois que la personne qui a subi un traumatisme cranio-cérébral est sortie de l'hôpital et qu'elle a réintégré son milieu familial, il lui reste à agrandir son cercle d'activités vers l'extérieur. Il s'agit d'une phase difficile et souvent cruciale. En effet, c'est dans le but de favoriser l'intégration sociale que tous les efforts antérieurs ont été fournis.

D'abord, la diminution de l'autonomie physique de la victime peut l'empêcher de se déplacer facilement à l'extérieur, à cause des obstacles ou des **barrières architecturales**. La diminution des capacités physiques peut également nuire à la participation aux loisirs et aux sports qui exigent force, équilibre et coordination.

Chez les jeunes, les loisirs et les sports sont souvent une occasion de se valoriser. Privés de ces activités, ils auront tendance à se replier sur eux-mêmes et à «tourner en rond» comme disent certains parents.

Une atteinte de l'apparence physique (ex.: cicatrice, paralysie, etc.) peut, quant à elle, provoquer le retrait et la dévalorisation. L'incapacité de reprendre les activités scolaires ou professionnelles est encore une autre raison de se sentir inutile et dévalorisé.

Quand les capacités intellectuelles sont diminuées, la victime a de la difficulté à faire face à ses responsabilités et à démontrer la même autonomie qu'antérieurement. Par exemple, pour un jeune adulte, le fait de ne plus pouvoir sortir seul, sans surveillance, de ne plus conduire sa voiture, peut représenter des pertes importantes.

D'autre part, il n'est pas rare d'entendre des parents mentionner que, peu de temps après l'accident, les amis et les voisins venaient voir leur enfant, mais que, petit à petit, ils ont espacé leurs visites et se sont éloignés de lui, parce qu'ils le trouvaient différent, changé et moins intéressant qu'avant. Dans ces circonstances, les membres de la famille peuvent avoir tendance à traiter leur adolescent comme un «bébé», à le surprotéger, à le culpabiliser ou à l'isoler.

Les changements de personnalité et les troubles de comportement nuisent également à l'intégration sociale de la personne qui a subi un traumatisme cranio-cérébral. Le dommage au cerveau peut provoquer un ralentissement ou même un arrêt du développement social, ce qui ne peut faire autrement que de changer les rapports entre la victime et les membres de son entourage. Les personnes du milieu pourront se montrer surprises et réagir fortement face aux problèmes de comportement de l'individu au cerveau lésé. L'entourage aura parfois tendance à réagir de façon punitive ou à maintenir certaines relations avec la personne atteinte comme «par charité».

Moins les gens du milieu comprennent les problèmes de comportement ou de personnalité de la personne qui a subi un traumatisme cranio-cérébral, plus ils ont de la difficulté à vivre à ses côtés et à maintenir des relations harmonieuses avec elle. La victime est alors l'objet d'incompréhension et même de rejet.

Les jeunes victimes de traumatisme cranio-cérébral se plaignent souvent de leur difficulté à établir ou à maintenir des relations amoureuses avec d'autres jeunes. Certains sont assez conscients pour dire qu'avec les séquelles qui les affligent, l'avenir leur paraît incertain, surtout quand il est question de former un couple ou de fonder une famille.

Les séquelles d'un traumatisme cranio-cérébral entraînent très souvent, pour la personne atteinte, un retrait du circuit des activités habituelles qui permettent le développement social. La perte des contacts avec les pairs et les collègues oblige la victime à réorganiser son temps de façon différente. Il n'est pas rare de voir ces personnes se sentir à part des autres et éprouver de la difficulté à s'identifier à un groupe pour lequel elles pourraient éprouver un sentiment d'appartenance.

Un jeune homme victime d'un traumatisme cranio-cérébral disait: «À 18 ans, j'étais fier de quitter ma famille pour aller habiter seul et avoir mon propre réseau d'amis et mes activités

personnelles. Maintenant, à cause de mon accident, j'ai été obligé de revenir dans ma famille comme du temps où j'avais 12 ans. J'ai l'impression d'avoir tout perdu, ma liberté, mon emploi et mes loisirs. Mes amis m'ont laissé tomber et j'ai l'impression d'avoir à tout recommencer.»

Les dimensions scolaire et professionnelle

Si les séquelles physiques peuvent nuire au retour à l'école ou au travail des personnes qui ont subi un traumatisme cranio-cérébral, ce sont surtout les séquelles intellectuelles et personnelles qui rendent difficile leur intégration au milieu scolaire ou professionnel.

Très souvent, les séquelles cognitives et affectives n'offrent d'autre choix que de prévoir une réorientation «à la baisse», c'est-à-dire de reprendre à un degré scolaire inférieur à celui qu'on avait complété avant l'accident, ou encore d'accepter un travail plus simple et moins bien rémunéré. Tous ces efforts pour se retrouver moins avancé qu'avant!

La personne qui a subi des traitements pendant plusieurs mois et, dans certains cas, pendant plus d'une année aura évidemment de la difficulté à réintégrer l'école ou le travail après une aussi longue absence. Il ne faut pas oublier, non plus, que la plupart des milieux scolaires ou professionnels sont souvent mal préparés à recevoir quelqu'un qui a subi un traumatisme cranio-cérébral. Par exemple, on comprendra mal les changements de personnalité qui peuvent apparaître chez un ancien collègue. On pourra mal tolérer sa lenteur et son manque de jugement, alors qu'on le respectait grandement pour les qualités qu'il possédait avant son accident.

Pour les personnes qui ne peuvent reprendre leurs études ou le travail, la dévalorisation sur le plan social est importante, étant donné la place qu'occupent ces activités dans notre société. Dans ce cas, il faudra viser l'augmentation de leur degré d'autonomie et l'amélioration de leur qualité de vie, tout en tenant compte de leurs capacités résiduelles.

L'intervention auprès des personnes qui ont subi un traumatisme cranio-cérébral

Pour les personnes qui connaissent peu le domaine de la santé au Québec, le processus d'intervention ou le programme de soins offerts à une personne qui a été victime d'un traumatisme cranio-cérébral peuvent paraître complexes.

Les paragraphes suivants proposent un contenu de programme d'intervention destiné aux personnes qui ont subi un traumatisme cranio-cérébral.

Évidemment, il s'agit d'une vue d'ensemble et d'un modèle général qui doit être adapté à la situation particulière de chacune des personnes touchées par un traumatisme cranio-cérébral. Ce qui importe surtout, c'est que chacune des dimensions touchées par le traumatisme cranio-cérébral reçoive une attention suffisante.

Dans l'intervention auprès des traumatisés cranio-cérébraux, il est important de considérer la spécificité de la clientèle et la continuité dans l'approche. Il importe que le processus de traitement se poursuive jusqu'à l'**intégration sociale** optimale, c'est-à-dire la meilleure possible, compte tenu des séquelles ou des capacités résiduelles.

On présente ensuite une liste des intervenants qui travaillent habituellement auprès des personnes qui ont subi un traumatisme cranio-cérébral, en définissant sommairement leur rôle auprès de cette clientèle.

Le contenu du programme

Le modèle intégré des services à la personne victime d'un traumatisme cranio-cérébral comporte quatre étapes principales, chacune ayant ses objectifs propres. Ces étapes se répartissent dans le temps et visent, en se complétant, à toucher toutes les dimensions de la personne.

Première étape:

Le traitement médical

La première étape du programme d'intervention destiné aux personnes qui ont subi un traumatisme cranio-cérébral est la phase du traitement médical. Cette phase commence immédiatement après l'accident et peut se poursuivre pendant quelques semaines ou quelques mois. Elle se déroule habituellement dans les hôpitaux. Les objectifs poursuivis au cours de cette étape sont surtout d'offrir les premiers soins à l'accidenté, d'assurer sa survie, de stabiliser son état physique et neurologique et de commencer, dans la mesure du possible, la **réadaptation fonctionnelle**.

Au cours de cette phase, on retrouve surtout des neurologues, des neurochirurgiens, des infirmiers(ères) et parfois des ergothérapeutes, des physiothérapeutes et même des psychologues.

Deuxième étape:

La réadaptation fonctionnelle

La seconde étape est consacrée à la réadaptation fonctionnelle. Elle débute une fois que l'état physique de la personne est stabilisé et peut s'échelonner sur plusieurs mois. Ce sont habituellement les centres de réadaptation qui assurent les services de **réadaptation fonctionnelle**. Certains centres hospitaliers de même que certains centres d'accueil peuvent aussi offrir les mêmes services, en partie ou en totalité.

Cette étape a pour objectif de développer l'autonomie physique, fonctionnelle, cognitive, émotive, comportementale et les moyens de communication chez la victime.

Les services offerts en réadaptation fonctionnelle visent idéalement la récupération des capacités antérieures. Lorsque cette récupération est impossible, les efforts sont alors axés sur la compensation de la perte de capacité ou sur l'adaptation de la victime à sa nouvelle situation, au moyen d'aides techniques ou par l'élaboration de nouvelles stratégies d'action.

Ces stratégies d'action et ces aides techniques ont pour but de préparer le mieux possible la victime à réintégrer son domicile, d'augmenter ses possibilités de réinsertion sociale et de favoriser le retour à l'activité. Les services de **réadaptation fonctionnelle** sont habituellement dispensés par les physiatres, les infirmiers(ères), les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les neuropsychologues, les orthophonistes et les travailleurs sociaux.

Troisième étape:

L'intégration sociale et le retour à l'activité

Une fois que la victime a terminé ses traitements de **réadaptation fonctionnelle**, elle réintègre le milieu familial. L'insertion sociale et le retour à l'activité peuvent parfois prendre plusieurs années dans les cas les plus graves et se faire grâce à la collaboration d'un CLSC, d'un **centre de jour** ou d'un centre d'intégration socio-professionnelle. Cette intégration sociale est complétée par le retour aux activités scolaires ou professionnelles.

Le but de cette troisième étape d'intégration est de parvenir à la rééducation complète de la personne, c'est-à-dire de favoriser au maximum le retour à la vie «normale», par une augmentation de l'autonomie personnelle dans les activités quotidiennes.

Quatrième étape:

Le maintien dans le milieu

Cette dernière étape vise à permettre à la personne qui s'est intégrée à son milieu de conserver ses acquisitions. Pour celle qui ne peut retourner dans son milieu à cause de la gravité de ses séquelles, l'objectif est de conserver, malgré tout, un certain degré d'autonomie et de qualité de vie.

Les efforts de maintien dans le milieu peuvent parfois se poursuivre la vie durant. C'est donc dire qu'après avoir traversé ces quatre étapes, la personne qui a subi un traumatisme cranio-cérébral n'est pas nécessairement rétablie complètement. Il peut subsister des séquelles pouvant l'empêcher d'être entièrement autonome dans ses activités de tous les jours. Si tel est le cas, la famille devra compter sur une personne-ressource telle qu'un psychologue, un travailleur social ou un éducateur spécialisé. Parfois, il est aussi possible de rester en contact avec une équipe de professionnels à laquelle on peut avoir recours au besoin.

Les intervenants qui traitent les personnes victimes d'un traumatisme cranio-cérébral

Tout au long du processus de rééducation, la victime et ses proches ont à rencontrer plusieurs intervenants de formation différente, travaillant au sein d'une **équipe multidisciplinaire**, l'équipe traitante.

Selon ses intérêts et sa spécialité, chacun de ces intervenants tente d'apporter sa contribution à l'équipe qui a la responsabilité du programme de soins. Il peut parfois être difficile de savoir qui fait quoi à l'intérieur de ce groupe d'intervenants. La liste qui suit résume le rôle des intervenants que vous pourriez trouver dans une équipe qui dispense des soins aux traumatisés cranio-cérébraux. Vous pourrez ainsi vous faire une idée de leurs rôles respectifs.

Professionnel	**Rôle**
Le conseiller d'orientation	Spécialiste du domaine de l'intégration scolaire et professionnelle qui aide la personne à préciser ses choix de façon réaliste et autonome. Le conseiller d'orientation assiste la personne dans son adaptation psychologique aux conséquences de l'accident. Il favorise chez elle une meilleure connaissance de soi (intérêts, personnalité, aptitudes, etc.) et de son environnement. Il peut aussi aider la personne dans la réalisation de ses projets, en assurant le suivi de sa démarche.
L'éducateur	En collaboration avec le neuropsychologue et les autres membres de l'équipe traitante, l'éducateur assure le suivi du programme de rééducation, soit au centre d'accueil ou à domicile. C'est souvent l'éducateur qui peut aider la victime à réorganiser ses activités quotidiennes à la maison.
L'ergothérapeute	Il aide la victime à augmenter son autonomie fonctionnelle dans les activités de la vie de tous les jours et dans chacune de ses dimensions physique, cognitive, émotive, scolaire et professionnelle. À cette fin, l'ergothérapeute prévoit des programmes de stimulation et d'exercices pratiques pour la victime.
L'infirmière	Dans les moments qui suivent l'accident, l'infirmière assure les soins de survie, le traitement des blessures, la stimulation pendant la période d'éveil et une surveillance constante, le tout en accord avec le médecin traitant. En phase de réadaptation, l'infirmière veille au bien-être physique de la victime, lui procure un support moral et supervise certains exercices de traitement qui lui ont été prescrits. Elle assure aussi des contacts avec la famille de la personne confiée à ses soins.
Le neurochirurgien	Médecin spécialiste des maladies du *système nerveux* qui se traitent chirurgicalement. Dans le cas d'un traumatisme cranio-cérébral, le neurochirurgien s'occupe d'établir le diagnostic et d'instaurer les traitements médicaux et chirurgicaux nécessaires.
Le neurologue	Médecin spécialiste des maladies du système nerveux qui se traitent médicalement. Dans le cas d'un traumatisme cranio-cérébral, le neurologue établit les diagnostics et instaure le traitement approprié. Les complications médicales (ex.: épilepsie, méningite, etc.) relèvent aussi de sa compétence.
Le neuropsychologue	Il effectue l'évaluation, établit le pronostic et assure le traitement des personnes qui ont subi un traumatisme cranio-cérébral en centrant son action sur les fonctions mentales supérieures, sur la personnalité et les capacités d'intégration sociale (famille, école et travail).

L'omnipraticien	Mieux connu sous le nom de médecin de famille, cet intervenant, de par sa formation générale, peut assurer un lien entre les différents professionnels. Il occupe une place de premier choix en ce qui concerne l'information à donner à la famille, compte tenu que souvent il traite non seulement la victime du traumatisme cranio-cérébral, mais qu'il est habituellement aussi le médecin de toute la famille.
L'orthophoniste	L'orthophoniste évalue l'état de la personne atteinte sur le plan du langage et assure le traitement nécessaire dans le but d'améliorer ou de rétablir la compréhension et l'expression du langage (parole, lecture et écriture). Il travaille généralement en collaboration avec la famille et les membres de l'équipe traitante.
Le physiatre	Médecin qui évalue la condition physique de la personne et prescrit des traitements de réadaptation physique adaptés à sa condition.
Le physiothérapeute	Après avoir évalué la condition physique de la personne, le physiothérapeute élabore et applique un programme de traitement comprenant des exercices visant à augmenter l'autonomie physique ou à réduire les effets du traumatisme cranio-cérébral sur le plan physique (ex. motricité).
Le psychiatre	Médecin qui évalue et traite les maladies mentales ou d'autres problèmes psychiques.
Le psychologue	Le psychologue est souvent appelé le spécialiste du comportement humain. À partir de méthodes scientifiques, il évalue et traite les personnes qui ont des problèmes personnels.
Le psycho-éducateur et l'orthopédagogue	Spécialistes qui évaluent et traitent les problèmes de comportement et d'apprentissage chez les jeunes d'âge scolaire; ils collaborent avec les enseignants et la famille.
Le travailleur social	Il évalue la situation personnelle au point de vue familial et socio-économique. Il assiste la victime et sa famille et peut également servir de lien entre la famille et le milieu hospitalier.

Il existe évidemment d'autres professionnels ou intervenants qui oeuvrent auprès des personnes victimes de traumatisme cranio-cérébral. Par exemple, nous pouvons citer les techniciens en loisirs et les enseignants spécialisés ou autres.

Pour les proches de la victime, ce qui importe avant tout, c'est de bien comprendre la participation de chacun de ces intervenants à l'intérieur du programme de soins.

On ne devrait jamais hésiter à leur demander de préciser leur rôle et le pourquoi de leurs actions. Il devient ainsi plus facile de transmettre ces informations à la personne atteinte et de favoriser sa participation au programme de soins. Ces professionnels sont tout à fait ouverts à l'idée d'une collaboration de la famille au programme de traitement de la personne atteinte d'un traumatisme cranio-cérébral.

La médication

La question de la médication chez les personnes victimes d'un traumatisme cranio-cérébral est particulièrement importante. Les médicaments doivent être pris strictement selon la prescription du médecin. Il est aussi néfaste de ne pas en prendre assez que d'en prendre trop.

Voici une brève liste des médicaments les plus fréquemment employés en cas de traumatisme cranio-cérébral et de leurs fonctions correspondantes.

Médicaments	**Fonctions**
Les antibiotiques (ex.: la pénicilline)	Traitement des infections
Les tranquillisants (ex.: le Valium)	Réduction de l'agitation, de l'anxiété et de l'irritabilité
Les antidépresseurs (ex.: le lithium)	Atténuation de la dépression
Les anticonvulsivants (ex.: le Dilantin)	Prévention des crises d'épilepsie ou réduction de leur fréquence
Les analgésiques (ex.: la codéine et l'Empracet)	Soulagement de la douleur

La personne qui se voit prescrire des médicaments à la suite d'un traumatisme cranio-cérébral ne doit pas automatiquement cesser toute médication qu'elle employait déjà en raison de son état de santé antérieur. Par exemple, la personne qui était diabétique avant son traumatisme cranio-cérébral devra continuer de prendre les médicaments destinés au traitement de sa maladie en tenant compte, s'il y a lieu, des ajustements recommandés par son médecin.

La participation de la famille et de l'entourage

Quand un fils, un parent, un conjoint ou un collègue subit un traumatisme cranio-cérébral grave, les membres de la famille ou ses proches vivent des moments difficiles: crainte de perdre un être aimé, sentiment d'injustice. Pourquoi lui? Pourquoi elle? Et on se demande quoi faire, comment aider, comment sortir la victime de cette situation.

Les premières visites à l'hôpital sont particulièrement éprouvantes pour les membres de la famille. Les pensées, les émotions et les interrogations se bousculent en eux. Pendant ces premiers moments, le plus pénible, c'est souvent de ne pas savoir. En effet, avant que l'état de la victime ne se soit stabilisé, il peut être difficile pour les médecins de se prononcer sur la gravité des blessures et la nature des séquelles. Dans certains cas, on peut savoir que la personne s'en sortira, mais on est loin de savoir jusqu'à quel point elle pourra récupérer.

Pendant la période d'hospitalisation, parfois longue, la famille doit souvent demeurer dans l'attente, en espérant que tout se passe pour le mieux et que la victime se rétablisse au plus tôt.

Durant l'hospitalisation, il est conseillé de rendre visite à l'accidenté, même en période de **coma** ou de confusion. Les professionnels présents à l'hôpital pourront vous aider à préciser la fréquence et la durée de vos visites de façon à assurer l'appui nécessaire à la victime, tout en ne dépassant pas la limite de vos forces.

Au cours des étapes qui suivront l'hospitalisation, c'est-à-dire celles de la réadaptation fonctionnelle et de l'intégration sociale, les membres de la famille ou les proches seront mis à contribution de façon plus significative. Il est alors important que les membres de la famille demandent de l'information et de l'aide si nécessaire, sinon ils se rendront compte que la fatigue et le découragement viendront rapidement. Il n'y a pas de honte à demander de l'aide dans un domaine aussi complexe.

Les quelques pages qui suivent ne visent pas à résoudre tous les problèmes rencontrés par la famille ou la victime. En effet, les difficultés vécues tout au long du processus de rééducation d'une personne qui a subi un traumatisme cranio-cérébral sont trop complexes pour qu'on puisse les résumer dans un document comme celui-ci. Mais, si vous connaissez quelqu'un qui a subi un traumatisme cranio-cérébral ou si vous êtes vous-même une personne qui a subi des dommages au cerveau, les renseignements que vous trouverez ici vous aideront à mieux comprendre la situation et vous permettront d'agir plus efficacement. Mieux comprendre ce qui se passe et savoir quoi faire ne règle pas tout, mais cela permet de diminuer le stress et la fatigue tout en augmentant le niveau d'efficacité.

Sans prétendre être complète, la prochaine partie du document vous propose d'abord quelques connaissances de base concernant les personnes qui ont subi un traumatisme cranio-cérébral. Ensuite, elle tente de démystifier quelques fausses croyances et présente une liste de problèmes fréquemment rencontrés par les victimes d'un traumatisme cranio-cérébral. Enfin, elle suggère quelques moyens d'action dont vous pourrez vous inspirer pour faire face à ces difficultés.

Ces quelques informations ou suggestions ne feront pas de vous un éducateur spécialisé ou un thérapeute d'expérience. Là n'est pas notre but. Les membres de la famille ne peuvent remplacer une équipe multidisciplinaire, même si leur contribution est de première importance.

Quelques connaissances de base

L'ensemble des problèmes vécus par la personne victime d'un traumatisme cranio-cérébral est de nature complexe et il ne faut pas que vous hésitiez à poser toutes les questions susceptibles de vous éclairer sur la meilleure façon d'intervenir. Dans certaines situations, il vaut mieux s'informer pour orienter ses actions que de poser des gestes inutiles ou peut-être même contre-indiqués.

Même si l'on trouve certaines constantes chez les personnes qui ont subi un traumatisme cranio-cérébral, il peut exister entre elles plusieurs différences qui viendront influencer les résultats de leur traitement. Ces différences sont liées aux facteurs suivants:

- l'âge de la victime et sa situation avant l'accident;
- la localisation et la gravité du dommage cérébral;
- les autres blessures et complications après l'accident;
- la qualité des premiers soins, la rapidité de la prise en charge médicale;
- la capacité de se prendre en main et la motivation de la victime;
- la qualité et l'efficacité des moyens de **rééducation**;
- la qualité de l'appui et de la participation de la famille et des proches.

La récupération

Une fois le cerveau brisé, peut-on le remettre en état? Selon nos connaissances actuelles, il semble bien que non. Certes, on peut l'opérer, non pas pour le réparer comme on le fait pour une fracture ou un pontage coronarien, mais plutôt pour le soulager, par exemple en enlevant un fragment d'os qui le blesse ou encore, en diminuant la pression intracrânienne causée par une hémorragie. Même si l'on n'a pas trouvé comment redonner au cerveau le contrôle des fonctions perdues ou diminuées, l'expérience prouve que des progrès sont possibles. En effet, même si le cerveau est lésé, on peut constater un certain retour des fonctions diminuées par le traumatisme. Évidemment, cette récupération dépend de plusieurs facteurs, dont la gravité du dommage causé au cerveau.

Voici quelques données qui permettent de mieux comprendre ce phénomène:

- Il existe un lien entre le cerveau et le comportement: cela semble plus évident pour les fonctions sensorielles et motrices. Par exemple, une lésion cérébrale au niveau de l'**aire motrice** de l'hémisphère gauche pourra entraîner une paralysie de la main droite. Le lien qu'on peut établir entre le cerveau et le comportement existe également pour les fonctions mentales supérieures et les émotions.
- Contrairement aux autres cellules du corps humain, celles du cerveau ne se régénèrent pas une fois qu'elles ont été détruites. C'est pour cette raison que certaines fonctions peuvent être irrémédiablement perdues à la suite d'un dommage cérébral.
- Malgré le fait que les cellules détruites du cerveau ne se remplacent pas, il y a tout de même une possibilité de récupération des fonctions atteintes. On ne comprend pas encore parfaitement ce qui se passe dans le cerveau pour provoquer ces améliorations, mais on pourrait tenter d'expliquer cette réalité à l'aide de quatre hypothèses:

Hypothèse 1: Le processus de résorption du choc causé au cerveau par le traumatisme cranio-cérébral

À la suite du traumatisme, le cerveau serait dans un état de choc physiologique qui mettrait temporairement hors circuit certaines de ses fonctions, sans que cela ne soit nécessairement lié à une destruction définitive des cellules nerveuses. Par la suite, on verrait apparaître une récupération rapide au fur et à mesure que ce processus d'inhibition du cerveau se résorbe. Cependant, il se peut que certaines séquelles persistent, selon les parties du cerveau où il y a eu lésion définitive.

Hypothèse 2: La récupération spontanée

Indépendamment des traitements prodigués, le cerveau parvient, jusqu'à un certain point, à se «rééquilibrer» par ses propres moyens et à retrouver certaines de ses fonctions. Ce mécanisme, que l'on appelle **récupération spontanée**, se manifeste surtout pendant les premiers mois qui suivent l'accident (de 0 à 12 mois).

Hypothèse 3: Le changement de stratégie

En principe, le tissu cérébral lésé ne se régénère pas de façon à redevenir fonctionnel. S'il y a destruction de ce tissu, il est impossible de retrouver une fonction perdue en faisant appel à la même partie du cerveau qui a été lésée. Pour contourner cette difficulté, il y a toutefois possibilité de faire appel à une partie non atteinte du cerveau. La victime d'un traumatisme cranio-cérébral peut ainsi arriver à effectuer une tâche en faisant appel à un mécanisme différent de celui qu'elle utilisait antérieurement. Elle peut, par exemple, remplacer sa mémoire verbale en utilisant davantage sa mémoire visuelle. Ainsi, certaines personnes vont écrire des choses importantes qu'on leur dit, non pas seulement pour utiliser une mémoire dite de «papier», mais pour pouvoir utiliser également leur mémoire visuelle, compte tenu qu'elles se rappellent mieux ce qu'elles voient que ce qu'elles entendent.

En rééducation, on arrive à améliorer certaines fonctions en aidant la victime à développer des stratégies de remplacement, c'est-à-dire en lui apprenant à s'y prendre autrement pour faire les mêmes choses.

Hypothèse 4: Les nouveaux apprentissages

Les progrès réalisés au cours des traitements ou du processus de rééducation ne proviennent pas nécessairement d'un retour spontané des connaissances ou des fonctions existant avant l'accident. Après quelque temps, on assiste à de nouveaux apprentissages qui permettront à la personne d'améliorer son degré d'autonomie et son comportement en général. Il est possible que ces apprentissages s'effectuent avec difficulté, compte tenu du fait que le cerveau lésé possède des moyens parfois limités pour les réaliser. Toutefois, on a remarqué que les nouveaux apprentissages se font plus facilement chez les victimes jeunes, probablement à cause de la plus grande capacité d'adaptation du cerveau pendant l'enfance comparativement à l'âge adulte.

Les circonstances de l'accident

Les circonstances de l'accident, selon la perception que la victime et le milieu en ont, peuvent avoir une influence sur le comportement de la victime et le déroulement de son programme de rééducation. Quand il y a perte de conscience au moment de l'accident, la victime ne se souvient pas de l'impact, ni parfois des instants ou même des jours qui ont précédé ou suivi l'accident. Certaines personnes vont parler d'une sorte de «trou noir» pour qualifier cette perte de mémoire des événements qui ont précédé ou suivi l'accident. Elles peuvent avoir l'impression que cette période de leur vie leur a échappé jusqu'à un certain point.

Au moment du retour à la conscience, la victime tente de reconstituer la chronologie des événements. La découverte des circonstances de l'accident peut, dans certains cas, entraîner de la colère à l'égard de la personne responsable de l'accident ou provoquer de la culpabilité, si la personne blessée est elle-même responsable de l'accident. La victime peut aussi se reprocher de causer du souci à son entourage; elle peut aller jusqu'à s'en vouloir de ne pas être décédée à la place de quelqu'un d'autre dans l'accident ou éprouver d'autres émotions très vives et parfois contradictoires.

Occasionnellement, la victime peut éprouver de la difficulté à croire ce qu'on lui raconte, compte tenu du fait qu'elle n'a aucun souvenir de l'accident, un peu comme si elle n'avait jamais vécu cette expérience. Cela peut même provoquer chez elle de l'anxiété ou du **déni**. Certaines personnes vont raconter sans arrêt leur accident, photos à l'appui, justement pour tenter d'amenuiser leur anxiété, conscientes qu'elles sont d'avoir frôlé la mort.

La situation de la victime d'un traumatisme cranio-cérébral

À moins d'avoir été soi-même victime d'un traumatisme cranio-cérébral, il est impossible de se faire une idée exacte de ce que cela peut représenter.

Les contacts avec une personne qui a subi un tel traumatisme peuvent parfois devenir difficiles, provoquant de la fatigue, de la frustration ou même de la colère. Il suffit alors de penser que l'expérience est probablement encore plus pénible pour la personne accidentée elle-même.

La victime d'un traumatisme cranio-cérébral vit l'une des expériences humaines les plus déroutantes qui soient. Souvent, en plus de la perte de l'intégrité physique, la personne doit aussi faire le deuil de son intégrité mentale. C'est dans une période de **confusion mentale**, avec un niveau de conscience diminué, une mémoire et un jugement déficients que la personne tente de comprendre ce qui lui arrive. Elle se sent perdue, angoissée, déprimée. Elle peut avoir l'impression que tout est à recommencer, elle ne sait plus rien faire comme avant et elle peut se demander s'il ne vaudrait pas mieux mourir.

Contrôlant difficilement ses émotions, la victime se perçoit comme inutile, se retrouvant parfois dans des situations difficiles où elle ne sait plus comment réagir. Parfois en colère, parfois craintive ou repliée sur elle-même, la personne ne se reconnaît plus, un peu comme si elle avait perdu son identité. Dans les cas graves, la victime d'un traumatisme cranio-cérébral devra «renaître», repartir à zéro, réapprendre à faire les moindres gestes de la vie quotidienne.

Le fait de devoir compter sur l'aide de tous et chacun n'est pas facile à accepter non plus, particulièrement pour un adolescent ou un jeune adulte qui avait déjà fait beaucoup pour acquérir son autonomie et son indépendance avant l'accident.

Il ne faut pas se surprendre alors que la personne qui a subi un traumatisme cranio-cérébral réagisse parfois avec intolérance. Il peut être frustrant d'être obligé de se surpasser constamment pour accomplir des choses si faciles à réaliser auparavant.

Même si la situation de cette personne est pénible, cela ne signifie pas que vous devriez tolérer tous ses écarts. Il faut tenter d'instaurer un climat de vie ni trop permissif, ni trop restrictif, mais plutôt calqué sur ce qui se passe dans une vie dite «normale», sans oublier les limites réelles de l'accidenté.

Les proches et les membres de la famille

Après un accident qui a causé un traumatisme cranio-cérébral, toute l'attention est centrée sur la personne blessée. Mais il ne faut pas que les proches, les membres de la famille ou ceux qui auront à prendre en charge la personne qui a subi un traumatisme cranio-cérébral oublient de s'occuper de leurs propres besoins.

Accepter de s'occuper d'une personne souffrant d'un traumatisme cranio-cérébral grave est une entreprise de taille qui exige du temps, du savoir-faire et beaucoup d'énergie. Il ne suffit pas seulement de beaucoup d'amour ou d'abnégation, il faut aussi acquérir des connaissances, car on ne s'improvise pas «spécialiste» dans un domaine aussi complexe. Il faut que vous appreniez à vous organiser. Il est fort probable que vos habitudes de vie seront durement secouées. Certaines familles ont su établir une sorte de réseau d'entraide, leurs membres se partageant entre eux les tâches et les responsabilités. Il faut vous attendre à ce que le processus soit long et que les résultats se fassent parfois attendre et ne soient pas toujours proportionnels aux efforts que vous y mettrez.

Au début, vous pourriez être tenté de tout faire, en oubliant vos limites, vos propres besoins et ceux des autres membres de la famille. Après quelque temps, vous risquez d'être si fatigué que vous pourriez devenir, à toutes fins utiles, incapable de poursuivre votre tâche auprès de la personne que vous voulez aider.

À certains moments, les membres de la famille peuvent avoir le goût de tout abandonner. Ils peuvent se sentir découragés, en colère devant l'inutilité de leurs efforts ou le peu de succès qu'ils obtiennent. Dans ces circonstances, il devrait être normal de demander de l'aide. Vous remplissez une fonction exigeante et il est compréhensible que vous ressentiez le besoin de refaire vos forces pour poursuivre votre action.

Une fois que la période de deuil ou de douleur commence à s'estomper, il est plus facile pour certaines familles de s'occuper de celui des leurs qui a subi un traumatisme cranio-cérébral. Il est alors plus aisé de surmonter le défi et d'assumer les responsabilités.

Encore une fois, ce sont les efforts réunis de la victime, de ses proches et de l'équipe traitante qui donneront les meilleurs résultats dans les meilleurs délais.

Quelques fausses croyances

Souvent, pour s'encourager ou pour nier la réalité, les victimes ou les membres de leur famille peuvent s'attacher à des mythes ou à de fausses croyances. Vivre avec une personne victime d'un traumatisme cranio-cérébral n'est pas chose facile, mais c'est en regardant la réalité en face que l'on peut arriver à intervenir le plus efficacement. Ce n'est pas en s'accrochant à des attentes irréalistes ou en faisant l'autruche que l'on pourra augmenter l'efficacité du processus de récupération. Cela vaut autant pour les proches que pour la victime elle-même. Voici quelques fausses croyances que l'on peut rencontrer dans le milieu des personnes qui ont été victimes d'un traumatisme cranio-cérébral.

Le pouvoir extraordinaire de la volonté

Vous avez sans doute déjà entendu l'affirmation suivante: «À force de volonté, on peut tout réussir». Si la personne qui a subi un traumatisme cranio-cérébral ne fait pas de progrès, cela signifierait qu'elle ne veut pas assez! Il est vrai que pour réaliser quelque chose d'important, il faut être motivé, déterminé, mais le seul fait de vouloir, même fortement, n'est pas suffisant pour y arriver.

Pour réussir quelque chose, il faut d'abord que ce soit réalisable et posséder les moyens pour y parvenir. Le fait de s'acharner, surtout si cela ne donne pas de résultats significatifs, peut être frustrant, démotivant et, à la longue, diminuer le degré de confiance en soi. Malheureusement, même la meilleure volonté du monde ne peut pas remettre à neuf un cerveau endommagé.

De toute façon, le cerveau possède des milliards de cellules qui ne servent à rien!

Il peut être rassurant de croire que, même avec un cerveau lésé, l'être aimé pourra redevenir comme avant. Il est vrai que le cerveau humain possède de grandes ressources, mais elles ne sont pas illimitées. L'expérience a démontré qu'un **dommage cérébral** peut laisser des séquelles permanentes malgré tous les efforts de la victime, de ses proches et des professionnels responsables de sa rééducation.

Moi, je vais réussir envers et contre tout!

Souvent, parce que vous êtes attachés à la victime, vous avez de la difficulté à envisager qu'elle puisse demeurer avec des séquelles permanentes. Vous pouvez avoir l'impression que l'amour peut tout et que ce que l'équipe traitante ne réussira pas, vous, vous pourrez l'obtenir.

Certes, il faut beaucoup d'amour, de patience, d'abnégation et de courage de la part des membres de la famille qui «accompagnent et guident» une victime dans son processus de rééducation. Nous pouvons assister à des résultats étonnants, justement grâce à cette détermination d'un parent, d'un conjoint ou d'un ami. Mais, il importe que ces efforts se fassent à bon escient, en complémentarité avec ceux de l'équipe traitante. Il faut aussi vous donner le bénéfice du devoir accompli, même si les resultats ne sont pas toujours à la hauteur de vos efforts ou de vos aspirations.

Il guérira quand nous aurons trouvé le centre ou le programme «miracle»

Vous pourriez avoir l'impression que la lenteur des progrès est due au manque d'efficacité du programme de traitement ou des professionnels qui l'appliquent et que le jour où vous trouverez l'endroit ou le programme «idéal», l'impossible se produira. En fait, s'il importe d'avoir accès au meilleur programme de traitement possible, il ne faut pas oublier que le rythme des progrès dépend surtout de la gravité du dommage cérébral et des limites de récupération du cerveau lésé.

Problèmes fréquents et suggestion de moyens d'action

Même s'il est vrai que les victimes de traumatisme cranio-cérébral sont toutes différentes, on trouve tout de même certaines constantes qui permettent d'établir des lignes directrices utiles dans nos contacts avec ces personnes. Évidemment, il importe de faire preuve de jugement et de ne pas hésiter à s'informer auprès des ressources compétentes, si le besoin s'en fait sentir.

Les suggestions qui suivent ne sont présentées qu'à titre indicatif et devront être adaptées aux particularités de chaque personne ayant subi un traumatisme cranio-cérébral. Elles ne doivent évidemment pas remplacer les directives ou les conseils des membres de l'équipe traitante mais elles pourront, le cas échéant, vous dépanner ou vous donner des indices quant à la conduite à adopter.

Il ne faut pas oublier qu'avec les personnes qui ont subi un traumatisme cranio-cérébral, il n'existe pas de recettes toutes faites ou applicables machinalement. On doit souvent procéder par essais multiples, en tirant profit de ses erreurs dans la mesure du possible et sans oublier que l'état des personnes atteintes peut varier d'un jour à l'autre et évoluer au cours du processus de rééducation.

Ainsi, des méthodes qui s'avèrent efficaces un jour peuvent échouer le lendemain et ce qui pouvait réussir juste après la sortie de l'hôpital peut devenir inadéquat quelques mois plus tard. En effet, une technique ou une méthode qui ne réussit pas une fois ou deux ne doit pas être nécessairement reléguée aux oubliettes; elle pourrait se révéler efficace plus tard ou dans un autre contexte.

Les problèmes ou les difficultés énumérés ici concernent surtout les dimensions physique, cognitive, affective et les comportements qui en découlent. Pour les autres dimensions (scolaire et professionnelle), il est suggéré de consulter des professionnels pour guider votre action.

Problèmes d'ordre général

Il sera d'abord question des problèmes d'ordre général et ensuite des difficultés se rattachant plus particulièrement à certains aspects du comportement humain qui peuvent être altérés à la suite d'un traumatisme cranio-cérébral. Après une brève description de chacun des problèmes ou des difficultés traités, suivent quelques suggestions ou moyens pratiques pour augmenter l'efficacité de vos interventions.

L'isolement social

Sans trop s'en rendre compte, les membres de la famille qui se retrouvent dans une situation nouvelle ont parfois tendance à s'isoler et à faire face seuls aux problèmes causés par un traumatisme cranio-cérébral. Ils perdent ainsi contact avec l'équipe traitante. Ces difficultés les incitent à ne plus quitter la maison pour des raisons de surveillance et à ne plus recevoir d'amis, de crainte de troubles de comportement de la part de celui des leurs qui a subi un traumatisme cranio-cérébral.

Suggestion de moyens d'action:
- Conserver un lien de communication avec l'équipe traitante et prévoir des rencontres régulières avec cette équipe.
- Identifier une personne-ressource avec qui communiquer en cas d'urgence.
- Conserver ses activités de loisirs (ex.: sorties, vacances) et ses contacts sociaux avec l'entourage, ceux-ci étant souvent plus nécessaires qu'on ne le croit.
- Éviter de se replier sur soi et de se culpabiliser.
- Permettre ou favoriser, au besoin, la prise en charge de la victime par d'autres personnes de l'entourage immédiat.

Comportements infantiles de la victime

Les **comportements infantiles** de certains adultes victimes d'un traumatisme cranio-cérébral ou leurs comportements régressifs peuvent amener la famille ou les proches à les traiter comme des enfants.

Suggestion de moyens d'action:
- Accorder à la victime le respect auquel elle a droit et lui laisser autant de latitude, de responsabilités et d'initiative qu'elle est capable d'en assumer. C'est avec l'expérience et en consultant des personnes-ressources que l'on peut arriver à un dosage adéquat.
- Développer, à son égard, des attitudes qui reflètent sa réalité cognitive et affective à partir d'observations personnelles et d'informations obtenues de l'équipe traitante.
- Toujours tenir compte de l'âge réel de la personne de même que de ses limites et de ses séquelles. Le fait de traiter la victime comme un enfant devient une raison de plus pour elle de se dévaloriser.
- Éviter la surprotection qui empêche la victime d'utiliser ses capacités réelles ou le fruit de ses apprentissages. En effet, certaines personnes bien intentionnées veulent tellement bien faire qu'elles «étouffent» littéralement la personne qu'elles veulent aider.

Vouloir tout faire en même temps ou forcer la récupération

Dans son désir de bien faire et dans sa hâte de voir la victime aller mieux, la famille veut tout tenter à la fois et cherche à régler tous les problèmes en même temps.

Suggestion de moyens d'action:
- Respecter le rythme de progression de la victime et sa capacité de s'adapter lentement aux situations nouvelles.
- Établir des objectifs réalistes et des priorités à court terme.
- Éviter de placer la victime devant des échecs répétés ou de lui fixer des objectifs trop élevés.
- Éviter également de trop la stimuler, car cela risque d'augmenter sa confusion, son degré de fatigue ou de frustration.

Absence d'uniformité dans l'approche

Dans un même milieu, une même famille, il est parfois difficile d'agir uniformément à l'égard de la personne qui a subi un traumatisme cranio-cérébral, chacun y allant de son approche. Pourtant, la personne au cerveau lésé a besoin de retrouver une certaine stabilité et une continuité dans la réalité qui l'entoure et à laquelle elle tente de s'adapter.

Suggestion de moyens d'action:
- En accord avec les autres membres de la famille ou les personnes importantes de l'entourage, mettre au point une approche qui assure la stabilité et la continuité pour la personne qui a subi un traumatisme cranio-cérébral.
- Tenter de poursuivre l'approche qui a été développée à l'égard de la victime pendant son hospitalisation ou à l'intérieur de son programme de réadaptation.
- Éviter l'éparpillement et le manque de stabilité dans les contacts avec la victime, en recherchant la constance et l'uniformité dans les réactions du milieu. Chacun devrait réagir de la même façon dans les mêmes circonstances.

Aggravation de l'état de la victime

En cours d'évolution, il est possible que l'état de la victime semble se détériorer pour un temps. Évidemment, une aggravation soudaine de l'état de la victime doit faire l'objet d'une consultation médicale immédiate.

S'il se produit une détérioration passagère de l'état psychologique de la victime, cela peut s'expliquer par l'augmentation du degré de conscience qui entraîne chez elle une perception plus nette de ses limites. La réaction à ces nouvelles perceptions et à cette prise de conscience peut être accompagnée d'irritabilité, de dépression, de découragement, de colère ou d'anxiété.

Cette prise de conscience constitue une étape importante et nécessaire du cheminement de la personne qui a subi un traumatisme cranio-cérébral.

Suggestion de moyens d'action:
- Pendant cette période difficile à vivre, les proches ne doivent pas hésiter à consulter et à demander eux-mêmes de l'aide, afin de mieux comprendre ce qui se passe chez la victime.
- Réagir en apportant à la victime encore plus d'attention et d'assistance pendant cette période de deuil pour elle.
- Favoriser, par des encouragements et un appui personnel, la poursuite de ses efforts à l'intérieur du programme de traitement.
- Éviter de punir la victime ou de lui donner l'impression qu'on s'éloigne d'elle ou qu'on la délaisse parce qu'elle va moins bien.
- Éviter de se décourager ou de se démobiliser en se disant qu'il s'agit là d'une autre phase dans son évolution.
- Résister à la tentation d'abandonner prématurément le programme de rééducation.

Réactions vives et perte de contrôle de la part des membres de la famille

La vie quotidienne auprès d'une victime d'un traumatisme cranio-cérébral peut s'avérer exigeante et frustrante au point de pousser les membres de la famille au bout de leurs forces physiques et morales, les faisant réagir vivement face à la victime.

Suggestion de moyens d'action:
- Tenter d'éviter, dans la mesure du possible, de perdre le contrôle de soi en présence de la personne qui a subi un traumatisme cranio-cérébral.
- Chercher plutôt à vider votre trop-plein en présence de quelqu'un qui peut vous apporter compréhension et assistance plutôt que de le faire inopinément en présence de la victime et risquer de la désorganiser encore davantage.

- Tenter d'être rassurant en demeurant calme et posé, surtout dans des moments de grand désarroi ou de grande angoisse chez la personne qui a subi un traumatisme cranio-cérébral. Ces personnes sont habituellement très sensibles au climat psychologique qui les entoure, aux gestes, aux mimiques ou aux intonations de la voix.
- Ne pas exclure la fermeté ou la possibilité de réagir à des comportements inadéquats. Il est normal de ne pas tolérer des comportements inacceptables. L'important est de réagir en tenant compte de l'état général de la victime. Dans certains cas, il faut savoir utiliser fermeté et consistance, surtout s'il s'agit de choses essentielles sur lesquelles on ne peut vraiment pas céder (ex.: refuser l'utilisation de l'automobile à une personne qui n'est pas en état de conduire).
- Évidemment, il faut savoir doser votre action de façon à éviter d'être soit trop punitif, trop sévère ou surprotecteur.

Problèmes physiques

Diminution de l'autonomie physique

Au moment du retour de la personne atteinte parmi vous, que ce soit pour une période de congé ou en attendant la poursuite de son programme de rééducation, il est possible que vous constatiez une diminution de son autonomie physique par rapport à ce qu'elle était avant l'accident. Le fait que la victime ne soit pas toujours consciente de ses limites augmente les risques reliés à sa perte d'autonomie. Ces risques ont surtout trait aux déplacements de la victime à l'intérieur ou à l'extérieur de la maison et à l'utilisation d'instruments qui pourraient être dangereux pour elle ou pour les autres.

Suggestion de moyens d'action:
- Vérifier auprès de l'équipe traitante si la personne concernée peut demeurer seule et pendant combien de temps.
- Apporter une surveillance accrue aux déplacements dans les escaliers, la salle de bain ou à l'utilisation d'appareils ménagers, pour éviter, entre autres, les risques d'incendie et de brûlures. Vérifier si la victime peut utiliser des outils sans danger au cas où elle désirerait s'adonner à certains travaux (ex.: réparations mineures ou bricolage).
- Confisquer, au besoin, les outils ou les clefs de voiture si leur utilisation représente un danger pour la victime.
- Favoriser la plus grande autonomie physique possible, sans risques inconsidérés, tout en assurant la surveillance nécessaire. Les activités physiques, en plus de la valorisation qui leur est rattachée, permettent à la personne d'augmenter son niveau de résistance à la fatigue et de diminuer son stress ou son anxiété.

Problèmes cognitifs

Diminution du degré de conscience et de l' attention sélective

Au début du processus de récupération, la victime peut sembler plus ou moins consciente, réagissant peu ou mal à son environnement. Son degré d'éveil ou de conscience est fluctuant et souvent insuffisant pour lui permettre de se concentrer longuement sur une tâche donnée. Pendant cette période, la capacité d'**attention sélective** est de courte durée. Elle constitue pourtant une condition préalable pour toutes les tâches intellectuelles.

L'attention sélective permet à la personne de porter son intérêt et de se concentrer sur un stimulus à l'exclusion de tous les autres. Cette capacité de mettre de côté les stimulations non souhaitables est amoindrie par certains types de dommages cérébraux. Dans certains cas, elle ne se manifeste que quelques secondes ou quelques minutes à la fois. Tout ce qui se passe attire l'attention de la victime qui est toujours distraite de la tâche à réaliser. Le flot de sa pensée vogue sans arrêt, ce qui peut provoquer des échanges sans suite (coq-à-l'âne) et rendre difficile la poursuite d'une conversation avec elle.

Suggestion de moyens d'action:
- Permettre à la victime de profiter de périodes de repos fréquentes en alternance avec des périodes d'activité.
- Établir un horaire souple, en tenant compte du niveau de fonctionnement de la victime et des périodes de la journée où elle est plus éveillée, active ou motivée.
- Réévaluer, au besoin, son degré de fonctionnement.
- Stimuler la victime en ayant recours à plusieurs moyens sensoriels; utiliser par alternance ou simultanément l'audition, la vision ou le toucher.
- Prévoir des activités que la victime affectionnait avant son traumatisme, afin d'augmenter sa motivation (musique, photos, etc.).
- Laisser le temps à la victime de répondre tout en essayant de diminuer graduellement son temps de réaction. Souvent, les personnes qui ont subi un traumatisme cranio-cérébral ont besoin de plus de temps pour fournir une réponse à nos questions.
- S'assurer d'avoir attiré et obtenu son attention avant de lui donner une directive. Si cela s'avère utile, ne pas hésiter à accompagner une demande verbale d'une démonstration par geste.
- Passer des demandes les plus simples aux plus complexes et, si possible, s'en tenir à une seule demande à la fois.
- Faire en sorte d'assurer une prépondérance des succès par rapport aux échecs.
- Éviter les distractions ou les endroits trop stimulants.
- Éviter la fatigue ou la saturation.

Persévération

Certaines victimes de traumatisme cranio-cérébral font montre de **persévération**, c'est-à-dire d'une grande difficulté à cesser une activité une fois qu'elles l'ont entreprise. Elles répètent constamment les mêmes gestes, de façon continue.

On peut rencontrer également, chez ces personnes, une grande difficulté à se lancer dans une activité. Elles ont l'air inertes, passives et immobiles. Elles peuvent, pour un certain temps, avoir besoin qu'on les aide pour amorcer l'activité.

Certaines victimes adoptent également des comportements rigides ou mal adaptés à une situation donnée. Elles ont parfois des idées fixes ou des préoccupations particulières.

Suggestion de moyens d'action:
- Attirer l'attention de la victime vers autre chose, ce qui devrait être facile compte tenu qu'elle peut être facilement distraite.
- Orienter son intérêt vers quelque chose de plus attirant pour elle, vers des activités qu'elle aimait antérieurement, ou vers d'autres sujets qu'elle apprécie plus particulièrement.

Confusion

Dans les premières semaines ou les mois suivant le traumatisme cranio-cérébral, la victime est souvent confuse et désorientée. Elle peut mal s'orienter dans le temps et dans l'espace, se demandant où elle est, qui vous êtes et, dans les cas les plus graves, s'interroger sur sa propre identité. C'est un peu comme si elle se réveillait dans un nouveau monde tous les matins, où tout serait à recommencer.

Suggestion de moyens d'action:

- Favoriser la stabilité et la continuité en ce qui concerne les lieux, les activités, les personnes et les horaires. Cela permettra à la victime de reprendre contact avec la réalité et de retrouver un climat de sécurité.
- Expliquer l'activité proposée avant de l'entreprendre, afin de créer un sentiment de «connu» et d'éviter les surprises.
- Placer, au besoin, sur les murs de la chambre de la victime, des tableaux résumant certaines données de base qui lui permettront de reconnaître plus facilement «son monde», particulièrement au réveil. Sur ces tableaux, on peut retrouver la date, le nom de l'hôpital, la durée ou le but de l'hospitalisation, des photographies de la famille, etc.
- Éviter de chambarder inutilement les habitudes de vie de la victime, même s'il peut être ennuyeux de répéter continuellement les mêmes activités. Il peut être utile d'établir une routine et de s'y tenir de façon à ce que la victime puisse s'y retrouver plus facilement avec le temps. Il est cependant possible d'insérer dans cette routine des événements qui pourront agir comme stimulants (ex.: sorties, fêtes).

Difficulté à réaliser un plan d'action

Une fois que la victime a atteint un degré d'éveil suffisant, qu'elle est moins confuse et qu'elle peut se concentrer pendant une période de temps plus longue, elle est prête à entreprendre l'étape suivante, c'est-à-dire celle qui lui permettra de réaliser un plan d'action. Cela suppose qu'elle puisse d'abord déterminer un projet et faire le choix des moyens qui lui permettront de le réaliser. Ensuite, elle devra exécuter ce plan en s'auto-corrigeant au fur et à mesure pour atteindre son objectif.

Ce processus, que la plupart des gens réalisent sans s'en rendre compte, est beaucoup plus complexe qu'il ne semble à première vue. La personne atteinte d'un traumatisme cranio-cérébral est souvent incapable de prévoir le résultat de son action. Elle doit connaître l'échec pour se rendre compte de ses erreurs.

En situation normale, nous pouvons vivre l'expérience au niveau de la pensée et vérifier le résultat dans notre tête avant de passer à l'action. Mais la victime d'un traumatisme cranio-cérébral n'est pas toujours capable de cette anticipation. Elle a de la difficulté à prévoir le résultat de ses gestes, elle semble agir à tort et à travers. C'est pourquoi, très souvent, son milieu est porté à trouver qu'elle manque de jugement.

Suggestion de moyens d'action:

- Choisir d'abord des activités réalisables en une seule étape et augmenter le degré de difficulté graduellement.
- Répéter les consignes aussi souvent que cela s'avère nécessaire ou tant que la compréhension n'est pas complète.
- Aider la victime à prévoir, en lui demandant: «Que se passera-t-il si tu fais ceci ou cela?» ou «Pourquoi procèdes-tu de cette façon?»
- Éviter de confronter trop durement la victime avec ses erreurs ou ses échecs.
- Éviter la **surprotection**.

Troubles de mémoire

Les problèmes de mémoire sont peut-être les difficultés les plus fréquentes qu'on rencontre chez les personnes qui ont subi un traumatisme cranio-cérébral. La mémoire à court terme est souvent perturbée, ce qui rend la vie quotidienne frustrante pour la victime et les membres de sa famille.

Suggestion de moyens d'action:

- Tenter de relier de nouveaux apprentissages à des notions acquises avant l'accident.
- Aider la victime à faire des liens ou des associations qui rendent la mémorisation plus facile. Par exemple, la victime qui aurait de la difficulté à se rappeler le nom d'un visiteur qu'elle a reçu la veille pourra arriver à s'en souvenir plus facilement si on la met sur la piste en lui remémorant le cadeau que cette personne lui a remis à l'occasion de sa visite.
- Faciliter le rappel d'éléments oubliés en faisant une énumération (ex.: une liste de noms) dans laquelle la victime reconnaîtra plus aisément l'information recherchée.
- Fournir à la victime une «mémoire de papier» comme un calepin, un agenda ou un cahier de bord et lui montrer comment s'en servir. Ce genre de moyen permet à la personne qui l'utilise d'exercer un certain contrôle sur l'organisation de sa vie, même avec une mémoire déficiente.

Troubles de communication

Un dommage au cerveau peut entraîner des troubles de communication, tant sur le plan de la réception que sur celui de l'expression. Une rencontre avec un orthophoniste pourra aider les membres de la famille à comprendre les lacunes particulières de la personne atteinte et à intervenir de façon efficace.

Suggestion de moyens d'action:

- S'assurer d'obtenir l'attention de la victime si elle comprend difficilement et parler lentement, clairement, en utilisant des phrases courtes ne contenant qu'une information à la fois.
- Vérifier la compréhension de la victime avant de continuer à lui parler.
- Encourager la victime à s'exprimer, en parlant ou autrement. Ne pas l'interrompre et lui laisser le temps de finir ce qu'elle veut communiquer. Éviter de faire semblant qu'on a compris si cela n'est pas le cas, sinon elle devient frustrée, a tendance à se retirer et à refuser de parler. Tout en encourageant l'utilisation de la parole, on peut aussi faciliter la communication avec la victime en favorisant l'utilisation de moyens palliatifs comme un calepin, une tablette, un ordinateur, etc.
- Ce qui importe avant tout, c'est de permettre à la personne qui a des troubles de communication d'arriver à s'exprimer et à se faire comprendre le plus adéquatement possible.

Manque de jugement et difficulté d'abstraction

Il est très fréquent que les personnes victimes d'un traumatisme cranio-cérébral éprouvent de la difficulté à tenir compte de plusieurs éléments conceptuels à la fois. Elles sont plus portées vers les choses concrètes de leur entourage que vers les idées. Dans leur réalité, il leur est souvent difficile d'intégrer plusieurs éléments d'une même situation, à plus forte raison s'il s'agit d'éléments présentant un certain degré d'abstraction. Elles réagissent à un ou à quelques éléments seulement de la réalité, sans tenir compte de sa globalité. Cela provoque chez elles des erreurs de jugement et peut les mettre dans des situations embarrassantes et même dangereuses pour leur sécurité personnelle.

Suggestion de moyens d'action:

- Stimuler la victime à partir d'activités simples, tirées de ses apprentissages antérieurs (ex.: jeux de cartes ou jeux de société) qui exigent de prévoir l'action et de tenir compte d'un certain nombre d'éléments simultanément avant de prendre une décision. Certains programmes sur ordinateur peuvent permettre une stimulation intéressante à ce sujet.

Difficultés d'apprentissage

Les victimes d'un dommage cérébral causé par un accident éprouvent fréquemment des difficultés à assimiler des apprentissages nouveaux. Cela est vrai notamment pour les personnes qui doivent retourner à l'école ou entreprendre un nouveau travail. Les troubles de mémoire, les difficultés à généraliser ou à intégrer de nouvelles informations sont autant de raisons qui nuisent aux apprentissages nouveaux.

Suggestion de moyens d'action:

- Tâcher de relier les nouveaux apprentissages à des acquisitions anciennes ou bien intégrées.
- Donner à la victime des occasions de réussir des choses familières pour augmenter sa confiance et sa motivation.
- Expliquer ce en quoi le nouvel apprentissage sera utile.
- Graduer du plus simple au plus complexe, du concret à l'abstrait, d'un seul élément à plusieurs éléments.
- Tenter de favoriser la généralisation des nouveaux apprentissages, les répéter dans des endroits différents et dans des occasions diverses.
- Ne rien tenir pour acquis. Certaines victimes de traumatisme cranio-cérébral doivent presque tout réapprendre.

Problèmes affectifs

Irritabilité et agitation

Dans le processus normal de récupération, les phases d'irritabilité et d'agitation sont fréquentes. La victime peut devenir impatiente à la moindre occasion. Parfois, il est possible d'identifier la source de la frustration (ex.: échec dans quelque chose qui était très facile à réussir avant l'accident); dans d'autres cas, l'entourage n'arrive pas toujours à comprendre le pourquoi d'un tel comportement. Comme les mécanismes d'**inhibition** sont affaiblis, les réactions sont moins contrôlées et paraissent souvent exagérées.

Il faut comprendre que ces «tempêtes dans un verre d'eau» sont la plupart du temps de courte durée. En effet, en raison de ses problèmes de mémoire, la victime oublie rapidement la cause de sa mauvaise humeur.

Il ne faut pas se surprendre que ce soient habituellement les personnes qui aident le plus la victime qui reçoivent le plus de critiques de sa part. Le fait d'être près de la victime et en interaction constante avec elle augmente les risques de friction.

Suggestion de moyens d'action:

- Éviter de considérer les décharges d'agressivité ou d'irritabilité de la victime comme étant directement dirigées contre soi. Il s'agit avant tout de réactions provoquées par les nombreuses frustrations rencontrées quotidiennement par la victime. Le seul fait d'orienter son attention ou son intérêt vers autre chose lui permettra de retrouver son équilibre.
- Éviter de culpabiliser inutilement la victime pour une erreur dont elle ne se souviendra plus de toute façon après quelque temps.
- Réagir sur le coup en exprimant son mécontentement et sa non-acceptation vis-à-vis de tel geste ou de tel comportement et s'en tenir à cela.
- Si la victime s'agite trop ou se désorganise, ne pas la laisser seule ou sans surveillance. La présence d'une personne-ressource calme, capable de lui parler doucement, peut aider. Pour la victime qui se voit perdre le contrôle et qui a peur, la présence d'une personne qui maîtrise la situation peut être rassurante.
- Déterminer quelle personne, dans l'entourage de la victime, arrive le mieux à l'apaiser et avoir recours à elle au besoin.
- Permettre les activités physiques, la fatigue physique étant un bon moyen pour la victime de retrouver son calme. Évidemment, cela est recommandable pourvu qu'il n'en résulte aucun danger pour elle ou pour l'entourage. Rien ne sert de contenir la victime inutilement.

Négativisme

Le négativisme ou le fait de s'opposer et de dire non continuellement peut être, pour la victime, une façon de s'affirmer. Il s'agit parfois pour elle de la seule manière de contrôler son environnement. Les victimes de traumatisme cranio-cérébral sont très sensibles à la critique et aux échecs. C'est la loi du «tout ou rien» qui s'applique. Le moindre échec peut leur enlever le goût et la motivation de poursuivre ce qu'elles ont entrepris. Par ailleurs, un succès ou le fait de réussir quelque chose pour la première fois peut les encourager et augmenter leur motivation.

Suggestion de moyens d'action:

- Offrir des choix multiples d'activités que la personne peut refuser en partie. Par exemple, lui suggérer un certain nombre d'activités parmi lesquelles elle peut choisir, plutôt que de lui demander simplement si elle a le goût de faire telle activité. On s'assure ainsi que la victime se sent respectée parce qu'elle exerce un choix. Il lui sera ainsi plus facile de passer à l'action. Ainsi, en physiothérapie, plutôt que de demander au patient s'il veut marcher entre les barres parallèles, on pourrait lui demander par quel exercice il souhaite commencer son traitement. Ou encore, on peut lui en suggérer deux et lui demander lequel des deux il veut faire.
- Donner à la victime un certain contrôle sur ce qui va se passer.
- Ne pas renforcer le refus systématique. Revenir un peu plus tard et reprendre l'activité au besoin.
- Valoriser les bons résultats, sans exagérer cependant.

Manque de contrôle

Les victimes de traumatisme cranio-cérébral peuvent avoir de la difficulté à retenir leurs impulsions. Elles passent tout de suite à l'action, sans retenue, sans auto-critique ou ne se rendent pas compte des effets de leur comportement sur leur entourage.

Suggestion de moyens d'action:

- Communiquer à la victime l'idée que le contrôle est possible et qu'on va l'aider à y arriver, par exemple, à l'aide d'un mot-clé ou d'un geste qui lui fait penser à mieux se contrôler.
- L'aider à structurer ou à organiser le contrôle de ses actions dans le temps, en établissant des délais de plus en plus longs entre un souhait et sa réalisation. Par exemple, un jeune homme victime d'un traumatisme cranio-cérébral demandait constamment des cigarettes aux personnes de son entourage.

Son père lui donna une montre et lui apprit à demander une cigarette aux quinze minutes et ensuite toutes les heures seulement. Quand il voulait une cigarette et que ce n'était pas le moment, son père n'avait qu'à toucher sa montre pour que son fils comprenne et attende le moment opportun pour faire sa demande. On comprendra facilement qu'il ne faut pas exagérer dans cette direction et éviter de faire du «dressage». On doit plutôt utiliser son imagination et sa créativité pour augmenter le niveau d'autonomie de la victime.

- Déconseiller la consommation de drogue ou d'alcool, parce qu'elle diminue de beaucoup le degré de contrôle des personnes qui ont subi un traumatisme cranio-cérébral. Parfois, un verre ou deux d'alcool suffisent à désorganiser la victime et à lui faire perdre ses moyens. Dans certains cas, il peut être nécessaire de régler les problèmes importants de drogue ou d'alcool avant d'inscrire une victime à un **programme de rééducation** structuré à la suite d'un traumatisme cranio-cérébral.

Dépression et retrait social

Devenues conscientes de leurs difficultés et de leurs limites, certaines victimes se découragent, abandonnent toutes les activités de rééducation et ont même des idées suicidaires. Parfois, le milieu les rejette parce qu'il est difficile de vivre en leur présence compte tenu de leur agressivité ou de leur égocentrisme. Elles deviennent centrées sur elles-mêmes et négligent la réalité des autres personnes qui les entourent. À la longue, on peut avoir tendance à les laisser à elles-mêmes. Il arrive également qu'elles provoquent une sorte de **retrait social** en s'isolant de leur famille ou de leurs proches.

Suggestion de moyens d'action:

- Éviter d'abandonner la victime. C'est souvent lorsqu'elle éprouve le plus de difficulté à faire face à sa réalité qu'elle a le plus besoin d'assistance ou de soutien affectif. L'aide de professionnels est essentielle dans certains cas. Parfois, une médication appropriée peut s'avérer utile.
- Un séjour dans un foyer de groupe, la fréquentation d'un **centre de jour** ou la participation à des activités collectives avec d'autres traumatisés crâniens peut aider la victime à sortir de ce cycle dépressif. Le fait de se comparer à d'autres permet à certaines personnes de mieux comprendre ce qui leur arrive et de l'accepter plus rapidement. Il existe des regroupements ou des organismes qui peuvent également offrir leur assistance dans ce domaine.
- Ne pas négliger de donner l'attention nécessaire aux propos «suicidaires» des victimes. Il existe des spécialistes, des psychologues et des psychiatres pour ce genre de problème et il ne faut pas hésiter à les consulter au besoin.
- Inciter la victime à sortir de sa torpeur, surtout si elle a tendance à demeurer couchée ou assise à ne rien faire. Il peut être très difficile, pour le milieu, d'avoir continuellement à lutter contre cette sorte d'apathie ou de passivité de la part de la victime.

Conclusion

La victime d'un traumatisme cranio-cérébral se retrouve différente à maints égards, un peu comme si elle était devenue une nouvelle personne. Elle doit bien souvent faire le deuil de ce qu'elle était avant l'accident et réapprendre à vivre avec ce qu'elle est maintenant.

Selon l'importance du dommage cérébral subi, certaines séquelles permanentes subsisteront malgré les progrès réalisés au cours du processus de récupération. La victime et son entourage devront composer avec cette nouvelle réalité et s'orienter vers une nouvelle façon de voir les choses. Pour y arriver, il faut d'abord faire une croix sur ce qui a été perdu à cause de l'accident, puis développer des nouvelles valeurs et de nouvelles priorités de vie.

Les membres de la famille et les amis qui auront à accompagner la victime dans ce long cheminement devront parfois abandonner ce qu'ils attendaient, avant l'accident, de la personne atteinte et redéfinir leur perception en tenant compte des séquelles, des capacités résiduelles, mais aussi des possibilités réelles de cette «nouvelle personne».

Lexique

Accélération, décélération, rotation: mouvements effectués par le cerveau à la suite d'un impact (coup) à la tête. L'effet d'accélération est causé par l'accroissement soudain de la vitesse à laquelle la boîte crânienne est soumise. La décélération est provoquée par l'arrêt brusque du cerveau en mouvement. L'effet de rotation se produit lorsque le cerveau tourne autour de son axe ou de sa base.

Aire motrice: région du cerveau située dans la partie postérieure du lobe frontal (voir tableau 4) et dont la fonction est de permettre l'exécution de mouvements volontaires (ex.: marcher, saisir un objet, etc.).

Apathie: absence de réaction émotive chez une personne, insensibilité, nonchalance, perte de l'initiative, désintéressement, manque de curiosité pour ce qui la concerne.

Aphasie: perte ou atteinte des fonctions du langage écrit ou parlé, soit sur le plan de la compréhension ou de l'expression à la suite d'un dommage au cerveau.

Apraxie: au sens général, incapacité d'exécuter un mouvement ou une séquence de mouvements dans un but précis, malgré la préservation des fonctions motrices. Par exemple, la personne est incapable d'utiliser un outil, de s'habiller ou d'allumer une cigarette.

Attention sélective: capacité d'orienter et de centrer de façon volontaire son attention sur un stimulus donné (son, image, phrase, etc.), en faisant abstraction des autres stimuli environnants.

Barrières architecturales: éléments physiques (escaliers, tourniquets, portes, etc.) qui rendent les lieux ou des activités inaccessibles à certaines personnes à cause de leurs limitations physiques.

Centre de jour: endroit où une personne se présente quotidiennement pour y recevoir des soins, des services ou des traitements. Un centre de jour peut être situé par exemple dans un centre hospitalier, un centre d'accueil, etc. Il existe un certain nombre de ces centres qui offrent des services spécialisés pour les personnes qui ont subi un traumatisme cranio-cérébral.

Cognitives, fonctions: fonctions utilisées dans le processus de la connaissance, comme les fonctions d'abstraction, de raisonnement, d'analyse et de synthèse.

Coma: atteinte plus ou moins profonde de l'état de conscience pouvant être causée par divers types d'atteintes cérébrales. Le coma profond ne laisse subsister que les fonctions physiologiques essentielles comme la circulation du sang et la respiration. Sa gravité et sa durée peuvent varier selon la nature de l'atteinte.

Comportements infantiles: chez un adulte, manifestations qui s'apparentent aux comportements d'un enfant.

Confusion: état de désorientation qui peut se présenter à la suite d'un dommage cérébral et qui peut durer quelques jours, quelques semaines, ou s'étendre sur une période plus longue.

Corps calleux: bande de fibres blanches reliant les deux hémisphères cérébraux et leur permettant de communiquer entre eux (voir tableau 3).

Déficience: perte, malformation ou anomalie d'un organe, d'une structure ou d'une fonction physique, mentale ou psychologique. La déficience est le résultat d'un état pathologique objectif et mesurable.

Déni: absence ou refus de prise de conscience d'une difficulté, d'une déficience ou d'une limitation pouvant être d'origine neurologique ou psychologique.

Désinhibition sexuelle: à la suite d'un dommage cérébral, perturbation dans le contrôle des comportements sexuels pouvant se traduire par un sans-gêne ou un manque de retenue (avances, contacts directs, etc.) caractérisés par un non-respect des normes sociales.

Difficultés d'abstraction: déficit cognitif qui se caractérise par l'apparition d'une forme de pensée concrète et la diminution de la capacité de former des concepts, d'utiliser des catégories ou d'appliquer des principes généraux.

Dommage cérébral: atteinte ou lésion au cerveau.

Empathie: capacité de comprendre le vécu émotif d'une personne en tenant compte de son monde à elle.

Épilepsie: à la suite d'un dommage cérébral, perturbation de l'activité électrique du cerveau pouvant entraîner une modification de l'état de conscience et parfois occasionner des mouvements convulsifs.

Équipe multidisciplinaire: regroupement de professionnels de spécialités diverses qui ont la responsabilité du traitement ou des soins à dispenser à la victime. Normalement, la victime et les membres de sa famille font partie de l'équipe multidisciplinaire et collaborent étroitement avec elle.

État de conscience: niveau de perception et de réaction d'une personne face à son milieu.

Fonctions non verbales: ensemble des fonctions cérébrales régies par l'hémisphère non dominant, habituellement le droit, et qui concernent notamment la perception, l'intégration et le traitement des informations visuo-spatiales, des stimuli auditifs non verbaux (sons, musique), etc.

Fonctions réceptives et expressives (langage):

- Les fonctions réceptives permettent d'acquérir, de comprendre et d'intégrer les informations provenant du milieu (ex.: informations visuelles, auditives, tactiles ou sensorielles).
- Les fonctions expressives permettent de communiquer avec le milieu et de transmettre l'information soit par la parole, le dessin, l'écriture, les gestes, les mimiques ou d'autres moyens.

Fonctions de type verbal: ensemble des fonctions cérébrales régies par l'hémisphère dominant, habituellement le gauche, qui englobent les mécanismes de l'expression et de la compréhension du langage.

Fonctions visuo-spatiales: ensemble des fonctions cérébrales régies par l'hémisphère non dominant, habituellement le droit, qui impliquent essentiellement le traitement de l'information visuelle, la reconnaissance de formes, la perception des perspectives, l'orientation et l'organisation dans l'espace.

Hallucination sensorielle: perceptions de sensations visuelles, auditives ou olfactives en l'absence de stimuli réels. Par exemple, une victime de traumatisme cranio-cérébral peut avoir l'impression d'entendre la sonnerie du téléphone alors qu'il ne sonne pas.

Hémiparésie, hémiplégie: faiblesse ou paralysie de la moitié du corps due à une lésion cérébrale dans l'hémisphère opposé du cerveau. Par exemple, un dommage cérébral à l'hémisphère droit pourrait entraîner une paralysie (hémiplégie) ou une faiblesse (hémiparésie) à la partie gauche du corps (voir tableau 2).

Hémisphère cérébral: chacune des deux moitiés du cerveau.

Incapacité: état d'une personne qui, à la suite d'une blessure ou d'une maladie, est devenue partiellement ou totalement incapable d'accomplir certaines tâches.

Inhibition: sur le plan psychique, capacité de contrôler les comportements de nature sociale.

Intégration sociale: fait de prendre place dans la société, de s'y insérer de façon adaptée.

Labilité: à la suite d'un dommage cranio-cérébral, les fonctions liées au contrôle émotif peuvent être touchées et être la cause de pleurs ou de larmes inappropriés, d'une tendance accrue à l'excitabilité, d'impulsivité ou du passage rapide d'un état émotif à un autre.

Neurones: cellules nerveuses du cerveau et de la moelle épinière. Ces cellules ne se divisent pas, ne se multiplient pas ou ne se régénèrent pas une fois détruites.

Neuropsychologiques, séquelles: problèmes, difficultés ou atteintes résultant d'un dommage cérébral et qui se manifestent sur le plan cognitif (intellectuel), émotif, social et comportemental.

Persévération: difficulté résultant d'un dommage cérébral et se traduisant par une incapacité d'interrompre une activité en cours ou de changer l'émission d'une réponse qui, à l'origine, pouvait être adéquate mais qui n'est plus adaptée à une nouvelle situation.

Réadaptation fonctionnelle: étape du programme de réadaptation qui a pour but de permettre à la personne de retrouver une autonomie optimale dans ses activités de la vie quotidienne, dans son travail, ses loisirs, etc.

Récupération spontanée: dans les premiers mois qui suivent un traumatisme cranio-cérébral, amélioration des fonctions cérébrales avec ou sans traitement. La récupération spontanée ne permet pas nécessairement au cerveau de se rétablir complètement. Le degré de récupération dépend de plusieurs facteurs comme la gravité et le site de la lésion, l'âge et la santé de la victime, sa motivation et la nature des traitements suivis.

Rééducation, programme de: programme global de traitement et de soins visant à diminuer l'importance des limitations entraînées par le dommage cérébral.

Retrait social: tendance à se replier sur soi et à couper le contact avec l'environnement.

Séquelles: problèmes, difficultés ou limitations qui persistent après un traumatisme ou une maladie.

Spasticité: état caractérisé par une exagération de la tonicité musculaire se manifestant par des spasmes.

Surprotection: attitude du milieu (parents, conjoint, amis, thérapeutes, etc.) ayant pour effet de protéger la victime de façon exagérée ou d'en prendre soin de façon excessive.

Tronculaire, atteinte: se dit d'une lésion située dans la partie inférieure du tronc cérébral (voir tableau 3).

Victime: dans le présent texte, le terme victime désigne une personne qui a subi un traumatisme cranio-cérébral. Ce terme n'est empreint d'aucune connotation péjorative.

Tableaux

Tableau 1

Principales fonctions cognitives propres à chacun des hémisphères cérébraux

Hémisphère cérébral gauche

Hémisphère cérébral droit

Système visuel	Lettres, mots	Formes géométriques complexes Reconnaissance des visages
Système auditif	Compréhension auditive du langage	Musique Formes sonores
Mémoire	Verbale	Visuelle
Langage	Parole Lecture Écriture Arithmétique	
Orientation spatiale		Géométrie Orientation directionnelle Rotation mentale des formes

Tableau 2

L'hémisphère cérébral gauche dirige les fonctions motrices et sensorielles de la partie droite du corps et vice-versa

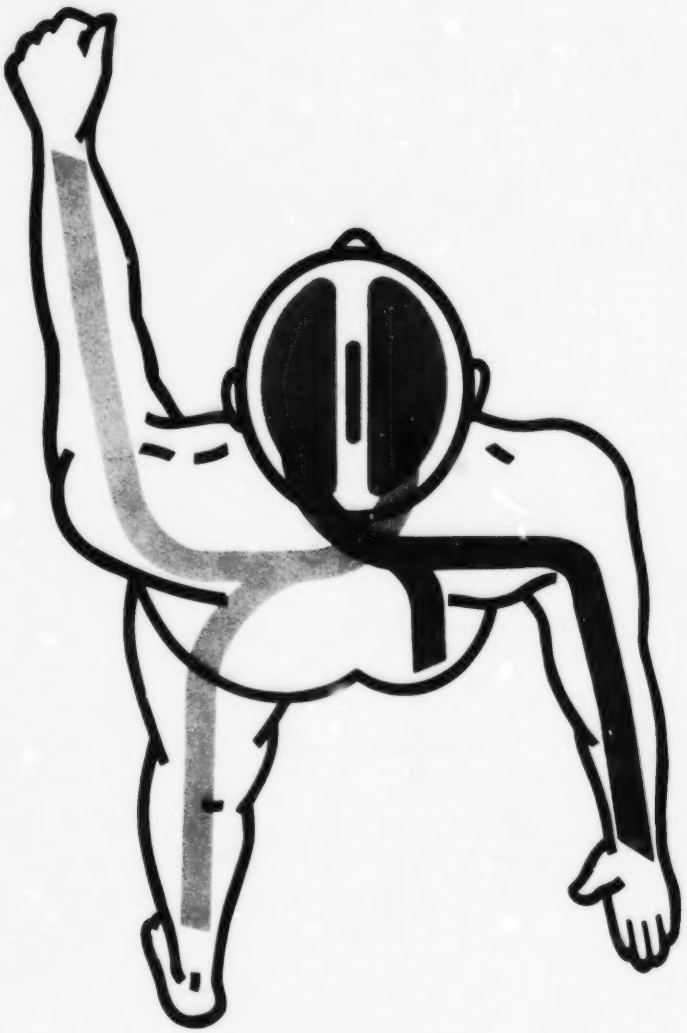
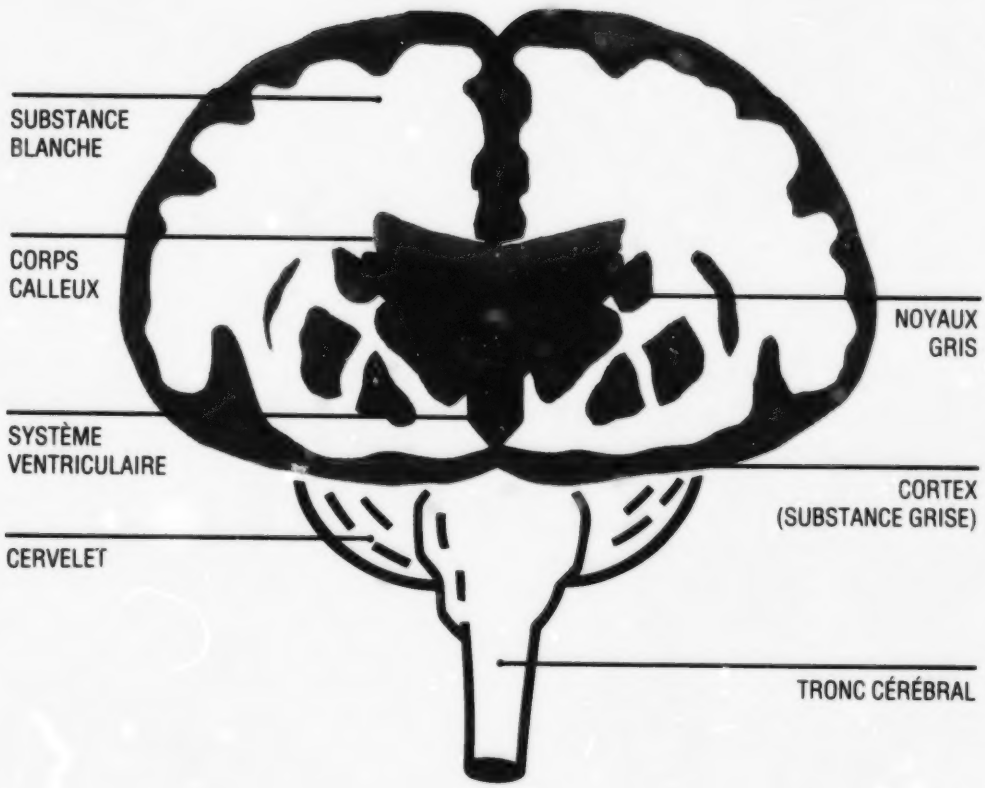


Tableau 3

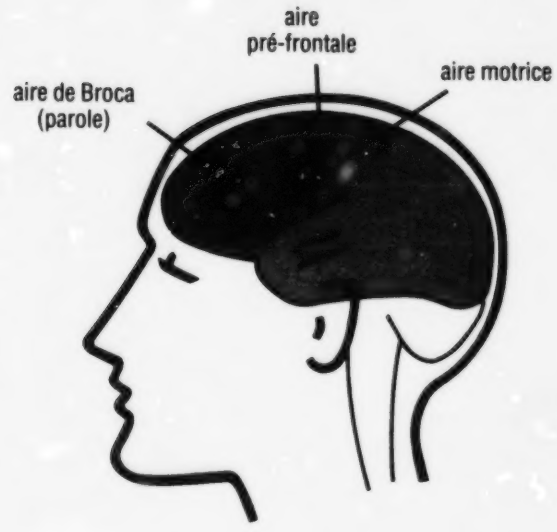
Coupe sagittale du cerveau illustrant comment le corps calleux relie les deux hémisphères cérébraux



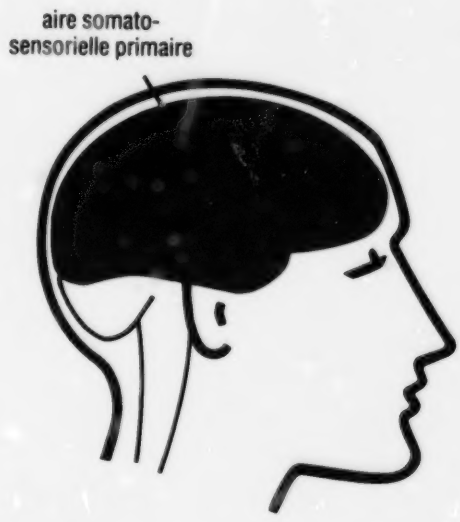
Coupe sagittale du cerveau

Tableau 4

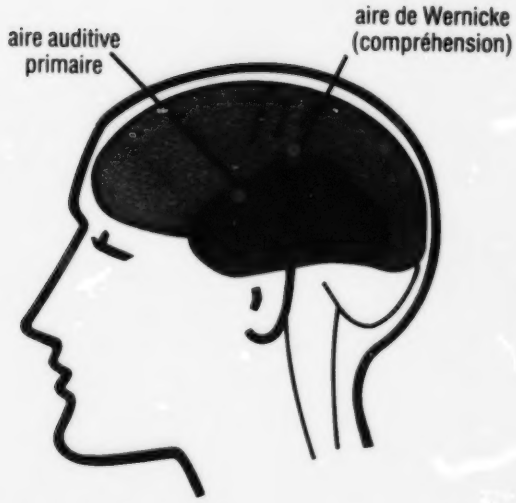
Lobes du cerveau et localisation de certaines fonctions spécifiques



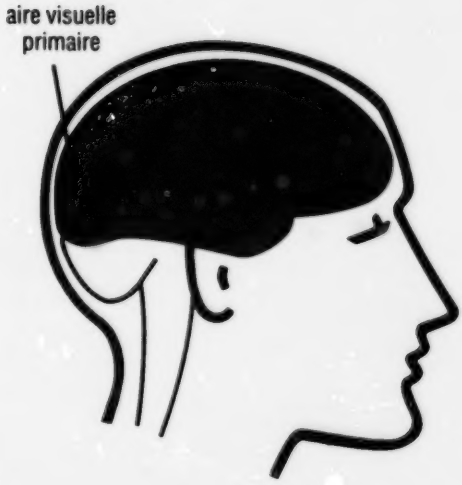
Lobe frontal (gauche)
(Régulation)



Lobe pariétal (droit)
(Intégration perceptuelle)



Lobe temporal (gauche)
(Intégration auditivo-verbale)



Lobe occipital (droit)
(Intégration visuelle)

Cahier de bord

Le cahier de bord présenté ci-après est un moyen pratique, pour les proches ou même pour la victime, de regrouper certaines informations, qu'il s'agisse d'arriver à mieux s'en souvenir ou de les retrouver rapidement. Un certain nombre de ces renseignements sont susceptibles d'être utilisés fréquemment, entre autres lors des contacts que vous aurez avec les professionnels tout au long du processus de rééducation.

Vous pourrez évidemment ajouter à ce cahier de bord tout élément supplémentaire qui vous paraîtra utile.

Données chronologiques

Date de l'accident: _____

Heure de l'accident: _____

Endroit et circonstances de l'accident: _____

_____

_____

Hôpital où la victime a d'abord été transportée:

- Nom de l'hôpital: _____
- Date d'entrée: _____
- Date de congé: _____
- Médecin(s) traitant(s) et spécialité(s):

_____

_____

_____

Durée du coma: _____

Moment où la victime vous a reconnu: _____

Hôpital(aux) où la victime a été conduite par la suite:

1 • Nom de l'hôpital: _____
- Date d'entrée: _____
- Date de congé: _____
- Médecin(s) traitant(s) et spécialité(s):

_____

_____

_____

2 • Nom de l'hôpital: _____
- Date d'entrée: _____
- Date de congé: _____
- Médecin(s) traitant(s) et spécialité(s):

_____

_____

_____

3 • Nom de l'hôpital: _____
- Date d'entrée: _____
- Date de congé: _____
- Médecin(s) traitant(s) et spécialité(s):

_____

_____

Liste des séquelles et des difficultés observées

- Dimension physique:
(ex.: paralysie, fractures, etc.)

_____

_____

_____

- Dimension cognitive:
(ex.: attention, concentration, mémoire et apprentissage, jugement et pensée abstraite, résolution de problèmes, capacité d'organiser sa pensée)

_____

_____

_____

- Dimension affective:
(ex.: labilité ou variation de l'humeur, diminution des contrôles, infantilisme, retrait ou dépression)

_____

_____

_____

- Dimension familiale:
(ex.: partage des responsabilités)

_____

_____

_____

- Dimension sociale (scolaire et professionnelle)
(ex.: cours, loisirs, fréquentations, etc.)

_____

_____

_____

Activités journalières

- préférences personnelles (aliments, passe-temps, musique, etc.):

_____

_____

_____

_____

Plan de rééducation

- Objectifs et priorités pour la victime:

- Responsabilités et tâches de la famille:

- Progrès observés:

- Difficultés particulières et moyens d'action:

Questions à demander aux intervenants

Personnes-ressources

Hôpital:

Centre de réadaptation, centre d'accueil, centre d'intégration socio-professionnelle:

Spécialistes: neurologues, neurochirurgiens, neuropsychologues, psychologues, ergothérapeutes, physiothérapeutes, éducateurs, etc.

Autres personnes ayant vécu un traumatisme cranio-cérébral, associations ou groupes d'entraide:

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications

89-907